

Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte



Instituto Superior  
Ciências da Saúde

Curso de Mestrado em Psicogerontologia

*Ideação Suicida, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso  
Estudo na Consulta de Gerontopsiquiatria do Serviço de Psiquiatria  
do Hospital S. João do Porto, E.P.E.*

Carla Conceição Lemos da Ponte

Gandra, 1 de Abril de 2010

***Ideação Suicida, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso***

*Estudo na Consulta de Gerontopsiquiatria do Serviço de Psiquiatria  
do Hospital S. João do Porto, E.P.E.*

Carla Conceição Lemos da Ponte

Gandra, 1 de Abril de 2010

Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia  
Apresentada ao Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte  
Orientação da Prof. Doutora Vera Almeida  
Co-orientação da Prof. Doutora Lia Fernandes

## *Agradecimentos*

---

Esta dissertação de mestrado é resultado de um longo trabalho realizado através do esforço e empenho de muitas pessoas. A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este projecto se tornasse realidade, o meu profundo e sincero agradecimento!

Agradeço à Prof. Doutora Vera Almeida, pela orientação da dissertação, e por toda a ajuda prestada nesta longa caminhada, por toda a compreensão, estímulo, críticas e sugestões.

À Prof. Doutora Lia Fernandes, pela co-orientação da dissertação, e sendo o meu elo de ligação aos doentes, pela sua disponibilidade, durante a prossecução desta investigação. Tudo o que me ensinou nesta área foi uma mais valia e, contribuiu para o crescente interesse e vontade de ir mais além.

Ao Dr. Roma Torres, director do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João do Porto, E.P.E., pela autorização da realização do estudo de investigação e por todo o apoio prestado.

À Dra. Antónia Pinto, pela partilha de conhecimentos e pelo encorajamento.

A todos os idosos, que participaram neste estudo. Que compartilharam comigo as suas vivências e com os quais tive oportunidade de aprender, proporcionando-me um enorme enriquecimento pessoal e profissional.

A todos os elementos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital S. João, por me terem acolhido e comigo terem compartilhado os seus conhecimentos e experiências.

*À minha querida família e às amigas  
Vânia Alves, Isabel Santos, Mariana  
Fontoura, Mariana Martins e  
Margarida Capela*

*“A maior velhice no velho é o desinteresse. Não bem a surdez que cresce, a vista que diminui, a queda dos dentes, do cabelo e do mais que foi caindo para a nulidade do ser. Tudo isso é de velho, mas há o que sobre isso estende o seu cansaço e é a quebra do interesse seja pelo que for, incluindo a vida agora quase imóvel como um pinheiro” (Ferreira, 2001).*

Índice.....	vii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Anexos.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xiii
Introdução.....	1
PARTE I - Fundamentação Teórica.....	3
Capítulo I - O Idoso e a Saúde Mental.....	4
1.1 – Envelhecimento em Portugal.....	4
1.2 - Qualidade de Vida e Bem-Estar no Idoso.....	6
1.3 - Psicopatologia no Envelhecimento.....	9
1.4 - Ideação Suicida no Idoso.....	13
PARTE II - Estudo Empírico.....	18
Capítulo II - Conceptualização do Estudo.....	19
2.1 - Objectivos.....	19
Capítulo III - Metodologia.....	20
3.1 - Amostra.....	20
3.2 - Procedimentos.....	20
3.4 - Desenho da Investigação.....	22
3.5 - Instrumentos.....	22

Capítulo IV - Resultados.....	29
4.1 - Análise Descritiva.....	29
4.1.1 - Caracterização Sociodemográfica.....	29
4.1.2 - Caracterização das Incapacidades Físicas e Globais.....	32
4.1.3 - Caracterização das Patologias Orgânicas.....	33
4.1.4 - Caracterização da Qualidade de Vida Percebida pelo Idoso....	34
4.1.5 - Caracterização da Depressão.....	35
4.1.6 - Caracterização da Ideação Suicida no Idoso.....	36
4.2 - Análise Correlacional.....	37
4.2.1 - Relação entre Depressão e Ideação Suicida.....	37
4. 2.2 - Relação entre Depressão e Qualidade de Vida.....	38
4. 2.3 - Relação entre Depressão e Incapacidade Global.....	38
4. 2.4 - Relação entre Ideação Suicida e Qualidade de Vida.....	38
CAPÍTULO V - Discussão dos Resultados.....	39
CAPÍTULO VI - Conclusão.....	42
Bibliografia.....	44
Anexos.....	55

## Lista de Tabelas

---

<b>Tabela 1</b> - Distribuição da Amostra Total Relativamente ao Estado Civil.....	29
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da Amostra Total Relativamente ao Nível de Escolaridade...	29
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da Amostra Relativamente às Faixas Etárias.....	30
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da Amostra Relativamente aos Níveis de Escolaridade.....	30
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da Amostra Relativamente ao Estado Civil.....	31
<b>Tabela 6</b> - Distribuição da Amostra Relativamente à Zona Habitacional.....	31
<b>Tabela 7</b> - Distribuição da Amostra Relativamente com Quem Vive.....	32
<b>Tabela 8</b> - Distribuição da Amostra Relativamente ao Índice de Incapacidade Física.....	32
<b>Tabela 9</b> - Síntese das Pontuações obtidas no EASYcare (Sousa & Figueiredo, 2000)...	33
<b>Tabela 10</b> - Distribuição da Amostra Relativamente aos Problemas de Saúde Não Psiquiátricos.....	34
<b>Tabela 11</b> - Distribuição da Amostra Relativamente ao Índice da Qualidade de Vida Percebida pelo Idoso.....	35
<b>Tabela 12</b> - Distribuição da Amostra Relativamente ao Índice de Depressão Geriátrica..	35
<b>Tabela 13</b> - Média e Amplitudes de resposta ao Questionário de Ideação Suicida.....	36
<b>Tabela 14</b> - Média Mais Altas nas Resposta ao QIS - Pensamentos Mais Frequentes.....	36
<b>Tabela 15</b> - Média Mais Baixas nas Resposta ao QIS - Pensamentos Menos Frequentes.	36
<b>Tabela 16</b> - Antecedentes de Suicídio na Família e na Comunidade.....	37

## Lista de Anexos

---

- Anexo 1** - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João do Porto, E.P.E.
- Anexo 2** - Informação ao Participante
- Anexo 3** - Declaração de Consentimento Informado para o Participante
- Anexo 4** - Declaração de Consentimento Informado para o Responsável do Doente
- Anexo 5** - Instrumentos para a Selecção dos Participantes
- Anexo 6** - Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos
- Anexo 7** - *EASYCare - Sistema de Avaliação de Idosos* (Sousa & Figueiredo, 2000)
- Anexo 8** - *Escala de Depressão Geriátrica* (Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; versão portuguesa, adaptada por Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008)
- Anexo 9** - *Questionário de Ideação Suicida* (Reynolds, 1988, versão portuguesa, adaptada por Ferreira & Castela 1999)
- Anexo 10** - Distribuição da Amostra Relativamente à Actividade Profissional Exercida
- Anexo 11** - Submissão de Resumo
- Anexo 12** – Artigo

Com o envelhecimento progressivo da população portuguesa (mais de um milhão e meio de pessoas com 65 ou mais anos), a depressão e o suicídio, que lhe está intimamente associado, adquirem actualmente particular importância na nossa sociedade (Ministério da Saúde, 2005; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2007; Giannakouris, 2008).

A elevada prevalência de depressão nos suicídios na terceira idade (associação muito mais frequente do que em adultos jovens) alerta-nos para a importância de uma intervenção preventiva (Ministério da Saúde, 2004; União Europeia [UE], 2008). Este risco nos idosos não deve ser subestimado, uma vez que é considerado a nível mundial o grupo de maior risco de suicídio consumado (Lima, 2001).

O presente trabalho de investigação surge da constatação do crescente número de idosos que recorre pela primeira vez à consulta de Gerontopsiquiatria do H.S.J. do Porto, manifestando sintomatologia depressiva, muitas vezes com ideação suicida associada.

É um dos principais objectivos a caracterização dos idosos que recorrem à referida consulta, a nível sociodemográfico, das incapacidades físicas e globais (incluindo as actividades de vida diária), assim como a nível da patologia orgânica e das variáveis psicológicas. Nestas em particular, procura-se estudar a depressão, a ideação suicida e a qualidade de vida. Pretende-se ainda, estabelecer a relação entre ideação suicida, depressão e restantes variáveis.

Neste estudo transversal foram recrutados consecutivamente, 155 idosos de ambos os sexos da referida consulta. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) idade igual ou superior a 65 anos; (2) consentimento livre e esclarecido; (3) ausência de défices auditivos; (4) ausência de défices cognitivos; (5) ausência de doenças neurodegenerativas e cérebro-vasculares. A inclusão dos idosos no estudo, teve por base os dados inerentes aos registos clínicos da Consulta de Gerontopsiquiatria.

A existência de défice cognitivo avaliou-se com os seguintes testes: *Mini Mental State Examination*, (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptação de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro Caldas & Garcia, 1994), *Teste do Desenho do Relógio* (Shulman, Shedletsky, & Silver, 1986; normas de Cacho, Garci-Garcia, Arcaya, Vicente, & Lantada, 1999), *Histórias/Memória Lógica* e *Token Test*, duas sub-provas da *Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências* (Guerreiro, 1998).

Deste modo foram incluídos 75 idosos que foram avaliados com os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico; *EASYCare - Sistema de Avaliação de Idosos* (Sousa & Figueiredo, 2000); *Escala de Depressão Geriátrica* (Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; versão portuguesa, adaptada por Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008) e *Questionário de Ideação Suicida* (Reynolds, 1988, versão portuguesa, adaptada por Ferreira & Castela, 1999).

A amostra final apresentou idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, ( $M=78.80$ ;  $DP=6.04$ ); sendo 59 do sexo feminino e 16 do sexo masculino. Os idosos residiam na sua maioria na zona Norte do país, sobretudo em zonas urbanas e suburbanas, com a sua família, e verificou-se ainda um predomínio de sujeitos casados e viúvos.

Constatou-se que ao nível da depressão, a amostra, obteve a média de 22.01 ( $DP=5.95$ ) na pontuação total, sendo que 66.7% da amostra obteve um índice de depressão grave. No *Questionário de Ideação Suicida*, a média foi de 41.96 pontos ( $DP=36.38$ ), incluída nos valores de potencial risco de suicídio (Reynolds, 1999, cit. in Almeida, 2000). Além disso os idosos perceberam a sua qualidade de vida como baixa, revelando ainda valores de incapacidade global diminuídos.

Foi encontrada correlação positiva significativa entre a depressão e ideação suicida ( $r_s = .71$ ,  $p < .001$ ). Verificaram-se também correlações significativas entre as dimensões da depressão e qualidade de vida ( $r_s = .50$ ,  $p < .001$ ), bem como entre a ideação suicida e qualidade de vida ( $r_s = .40$ ,  $p < .001$ ). Os dados obtidos corroboraram os dados encontrados em outros estudos (Awata et al., 2005; Fernandes et al., 2009).

Os dados sugerem a necessidade de intervir ao nível da regulação do humor (depressão), uma vez que sem uma intervenção adequada, poderá agravar-se a baixa auto-estima, as percepções negativas e a qualidade de vida, levando ao surgimento de ideação e comportamento suicida.

A relação entre estas variáveis, nomeadamente entre a patologia depressiva associada e/ou ideação suicida, pode vir a mostrar-se como factor importante, não apenas numa perspectiva preventiva em geral, como em particular, na melhoria da prestação de cuidados de saúde mental.

*Palavras-chave:* Idosos, envelhecimento, depressão, qualidade de vida, ideação suicida.

With the gradual increasing of Portuguese population aging (more than one and a half million people aged 65 or more), depression and suicide in elderly people acquire particular importance in our society (Ministry of Health, 2005; National Institute Statistics [NIS], 2007; Giannakouris, 2008).

The high prevalence of depression in suicides in the elderly (an association much more frequent than in young adults) alerts us to the importance of preventive measures (Ministry of Health, 2004, the European Union [EU], 2008). This risk in the elderly should not be underestimated, since it is considered worldwide the group with a higher risk of suicide (Lima, 2001).

This research comes from the observation of a growing number of older people claiming for the first time the consultation of Gerontologic Psychiatry of H.S.J. of Oporto, presenting depressive symptoms, often associated with suicidal ideation.

It is a major aim of our study the characterization of the elderly who engaged in this consultation, in terms of socio-demographic, physical and global disability (including activities of daily living), as well as the level of organic disease and psychological variables. We seek to characterize depression, suicidal ideation and quality of life in our sample. Other aim is also to search for relations between suicidal ideation, depression and other variables.

In this cross-sectional study was recruited consecutively, 155 patients of both gender of this consultation. We considered the following inclusion criteria: (1) 65 years old or over, (2) consent, (3) without hearing deficit, (4) absence of cognitive deficits, (5) absence of neurodegenerative diseases and brain-vascular diseases. The inclusion of the elderly in the study was based on data relating to medical records from the medical specialty of psychiatry, which has confirmed some information.

The existence of cognitive impairment was evaluated using the following instruments: Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptation Guerreiro Silva, Botelho, Leitão, Castro Caldas & Garcia, 1994), Clock Drawing Test ( Shulman, Shedletsky, & Silver, 1986; standards Cacho, Garci-Garcia, Arcaya, Vicente, & Lanta, 1999), Stories / Memory Logic and Token Test, two sub-tests of Battery Lisbon for the Assessment of Dementia (Guerreiro, 1998).

Seventy five elderly people were evaluated using the following instruments: demographic and clinical questionnaire; EASYcare - Evaluation System for the Elderly (Sousa & Figueiredo, 2000), Geriatric Depression Scale (Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983, the Portuguese version, adapted by Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008) and Suicide Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988, the Portuguese version, adapted by Ferreira & Castela, 1999).

The final sample has aged between 65 and 88 years ( $M = 78.80$ ,  $SD = 6.04$ ), were 59 women and 16 men. Our sample lived mostly in the northern of Portugal, particularly in urban and suburban areas, with their family, and there was still a predominance of married participants and widowers.

It was found that the level of depression in our sample has an average score of 22:01 points ( $SD = 5.95$ ). The rate of depression, 66.7% showed severe depression. In the Suicide Ideation Questionnaire, the average was 41.96 points ( $SD = 36.38$ ), considered a value from which there is potential risk of suicide (Reynolds, 1999, cit. in Almeida, 2000). Furthermore the elderly perceive their quality of life as low, still revealing values global disability.

It was found a significant positive correlation between geriatric depression and suicidal ideation ( $r_s=.71$ ,  $p<.001$ ). There were also significant correlations between the dimensions of the geriatric depression and quality of life ( $r_s=.50$ ,  $p<.001$ ), and between suicidal ideation and quality of life ( $r_s =.40$ ,  $p<.001$ ). The data obtained corroborated data found in other studies (Fernandes et al., 2009).

These data suggest the need to intervene at regulation level of mood (depression), because the lack of an appropriate intervention can lead to low self-esteem, a negative perception of themselves and their quality of life, leading the emergence of suicidal thoughts and behavior.

The relationship between these variables, particularly between the pathology associated with depressive and / or suicidal ideation, revealed important not only to the preventive approach in general and in particular, in improving the delivery of mental health care.

Keywords: Old peoples, aging, depression, quality of life, suicidal ideation.



Nos últimos anos gerou-se um interesse crescente pelas questões da velhice devido em parte à explosão demográfica da terceira idade. A diminuição da mortalidade que se verifica em todos os grupos etários, devida não só aos progressos da medicina como à melhoria das condições de vida, tornou-se responsável pelo aumento da duração média de vida e pelo aumento absoluto de idosos. Enquanto que a queda da natalidade contribuiu para o seu aumento relativo (Fernandes, 1999)

O envelhecimento da população é um dos fenómenos mais importantes das sociedades contemporâneas. Trata-se de um facto novo e universal que coloca aos governos, às famílias e à sociedade em geral uma série de desafios: económicos, políticos e sociais.

Desta situação surgiram especialidades como a gerontologia, a geriatria, a psicogeriatrics, e a gerontopsiquiatria, devido à preocupação crescente em estudar o novo grupo etário, para entender as suas especificidades no sentido de adequar as práticas educativas e interventivas a esta população. Neste sentido, importa compreender o indivíduo idoso em toda a sua dimensão: psicológica, emocional, física, social; desde a adaptação do indivíduo às várias transformações decorrentes da idade, às implicações na sua personalidade, na saúde mental, no seu bem-estar e qualidade de vida.

Qualquer um de nós tem conhecimento de casos de depressão, o que nos dá, ainda que de forma muito subjectiva, a prevalência desta perturbação. A depressão é uma doença que afecta ao longo da vida cerca de 10 a 25 % das mulheres e aproximadamente metade dessa percentagem no caso dos homens (APA, 2002). Atinge todas as faixas etárias, e tem implicações sociais marcadas, sendo por isso considerado um verdadeiro problema de saúde pública face ao elevado número de pessoas que afecta.

Estamos perante um problema que interfere com a forma de pensar, sentir, agir e de relacionamento interpessoal. Tem repercussões a nível familiar e social, trazendo encargos económicas, mas a depressão trás as suas maiores consequências a nível individual, podendo mesmo conduzir ao suicídio.

Torna-se assim, importante conhecer o problema do suicídio, especificamente no idoso, uma vez que os estudos indicam que o risco de suicídio aumenta com a idade, sendo a faixa etária compreendida entre os 60 e 70 anos a mais crítica. Diesktra (cit. in Ortiz, Carrasco & Ballesteros, 2002) assinala que o aumento do suicídio nesta faixa etária pode

dever-se em grande medida aos estados depressivos. Assim, segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidiologia (2006) detectar os sinais de alerta para a emergência do acto, e intervir de forma eficaz, é uma tarefa importante que poderá prevenir e ajudar nesta trágica situação.

Importa salientar que o comportamento suicida é um fenómeno complexo e determinado por vários factores, sendo muitas vezes uma conduta carregada de ambivalência, isto porque mistura sentimentos contraditórios entre o desejar concretizar o acto e o seu oposto.

Este trabalho de investigação divide-se em seis capítulos e estrutura-se em duas partes: uma de revisão teórica que corresponde ao primeiro capítulo, e a outra parte de pesquisa empírica, que abrange os restantes cinco capítulos; sendo que na primeira parte procuramos fundamentar a investigação, que descrevemos na segunda.

O primeiro capítulo aborda a temática do *idoso e a saúde mental*. Inicia-se fazendo uma breve alusão à noção de envelhecimento, define-se os conceitos subjectivos de qualidade de vida e bem-estar no idoso e alguns aspectos que se lhe correlacionam. De seguida, salientou-se alguns aspectos relacionados com a psicopatologia no envelhecimento, dando ênfase à demência e à depressão. Por fim desenvolveu-se os conceitos de ideação suicida e do comportamento suicida na pessoa idosa.

Quanto à parte empírica desta dissertação, iniciou-se com o segundo capítulo, que se refere à *Conceptualização do Estudo*, Nele apresentou-se os objectivos que foram definidos para esta investigação.

O terceiro capítulo foi dedicado às questões da *Metodologia*. Apresentou-se de forma breve a amostra que fez parte deste estudo, os procedimentos realizados neste estudo, assim como o desenho da investigação, e terminou-se com a exposição dos vários instrumentos utilizados.

O quarto capítulo reportou-se aos *Resultados*, que por sua vez se subdividiu em duas partes. A primeira foi dedicada à apresentação dos dados referentes ao estudo descritivo, que leva a cabo o primeiro objectivo desta investigação, e a segunda parte correspondeu à apresentação do estudo correlacional, que diz respeito ao segundo objectivo.

Seguiu-se o quinto capítulo, onde se procedeu à *Discussão dos Resultados*. Por fim terminou-se com o sexto capítulo que corresponde à *Conclusão*.

## **PARTE I**

---

### **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### ***1.1 - Envelhecimento em Portugal***

O nosso existir processa-se entre o desenvolvimento e o envelhecimento, de tal forma que as diferentes etapas do nosso ciclo de vida vão sendo organizadas em torno dos equilíbrios e dos desequilíbrios que emergem e vão sendo por nós assumidos e (re)construídos de forma própria (Faria & Marinho, 2003).

O envelhecimento é um processo complexo, asincrónico e diverso, com diferenças no próprio indivíduo, entre indivíduos, gerações e populações (Martín, 2006). É lento e contínuo, no qual, factores sociais, psicológicos e somáticos, interagem mutuamente, tocando as múltiplas facetas da vida dos idosos (Haynal, Pasini, & Archinard, 1998). Caracteriza-se também, por ser universal, irreversível, apresentar variabilidade e vulnerabilidade (Martín, 2006), pois pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais, no indivíduo, de forma natural e gradativa, sendo importante salientar que essas transformações são gerais, podendo verificar-se em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas do indivíduo e com o seu modo de vida (Zimerman, 2000).

O envelhecimento normal ou saudável caracteriza-se pela manutenção da saúde física, mental/psíquica até ao fim da vida, no entanto, nunca é adquirido definitivamente, pois a vida, com as suas vicissitudes, é sempre susceptível de ser colocada em causa, para estimular o indivíduo em direcção a novos modos de adaptação. Já o envelhecimento anormal ou patológico exprime-se também em numerosos planos, em particular, sociais, mentais e físicos. As “perdas devido à idade”, quer sejam funcionais (capacidades físicas ou intelectuais), sociais (mudança das atribuições familiares e profissionais, perda de rendimentos), ou ainda relacionais (perda do cônjuge, de pessoas da mesma idade) têm uma evidente função desencadeadora no aparecimento ou na exacerbação de numerosas perturbações (Haynal, Pasini, & Archinard, 1998).

A definição de pessoa idosa pela sociedade ocidental resulta, normalmente, da fixação de uma idade cronológica. Isto observa-se implicitamente nas estatísticas nacionais que consideram o início da velhice aos 65 anos (Carrilho & Patrício, 2004). Oliveira

(2008), remetendo-se à OMS, afirma que “*velho é aquele que já completou 65 anos*”. Tendo por base vários autores, distingue quatro tipos de velhice: velhos jovens (60-69 anos), velhos de meia-idade (70-79 anos), velhos-velhos (80-89 anos) e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos). Os dois primeiros incluem-se na “terceira idade” e os últimos na “quarta idade”.

Falar de envelhecimento é antes de mais uma questão demográfica (Oliveira, 2008), e não se circunscreve apenas a Portugal, sendo um fenómeno de amplitude europeia e mundial. Os indicadores demográficos relativos a 2008 continuam a reflectir as principais tendências demográficas observadas nos últimos anos em Portugal: abrandamento do crescimento populacional total e envelhecimento populacional, como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade. A diminuição da fecundidade é responsável pelo envelhecimento ao nível da base da pirâmide etária, e por outro lado, verifica-se um aumento da longevidade, que contribui para um envelhecimento ao nível do topo da pirâmide (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2009).

Segundo um relatório divulgado pelo Institute for Family Policies (IFP, 2009), Portugal, seguido da Espanha, é o país da União Europeia - UE, em que a população está a envelhecer mais depressa. Segundo o mesmo documento, Itália e Alemanha (20.1%), Grécia (18.7%), Suécia (17.5%) e Portugal (17.4%), são dos 27 países da UE, os que apresentam a população mais envelhecida. Nestes países, uma em cada cinco pessoas tem mais de 65 anos. A Irlanda é o país com a população mais jovem, com uma média de 35.1 anos. Em Portugal, a média é de 40.5 anos.

A proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. Em números brutos significa mais de um milhão e meio de portugueses (sendo que os dados do INE de 2008 indicam um total de 1. 874 209 pessoas com mais de 65 anos). De acordo com as projecções demográficas, estima-se que a proporção volte a duplicar nos próximos 40 anos, representando, em 2050, 32% do total da população nacional (Gonçalves & Carrilho, 2007; Giannakouris, 2008). Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de dez milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, estimando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de três idosos por cada jovem, isto significa, uma diminuição das percentagens de jovens (menos de 15 anos) e de adultos (dos 15 aos 64 anos), a par de um aumento de idosos (INE, 2009a). Portugal será o quarto país da UE com maior percentagem de idosos (Paúl & Fonseca, 2005).

Tal como se verifica na generalidade dos países, também em Portugal, na consequente sobremortalidade masculina, a população idosa tem uma percentagem superior de mulheres, (INE, 2002; Carrilho & Patrício, 2009). Em 2008 eram 94 e 138 jovens por cada 100 idosos, respectivamente para homens e mulheres (INE, 2009)

O envelhecimento populacional enquanto fenómeno social, é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente (INE, 2002a).

Por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas pode criar outras oportunidades em diversos domínios, como novas actividades económicas e profissões, nomeadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade. Mas também pode desenvolver padrões de consumo específicos, produtos e serviços criados à imagem dos consumidores mais velhos com necessidades específicas (INE, 2002a).

Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e activos, mas também incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem. Esta complexidade do processo de envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados emergem tanto em termos da qualidade de vida, como de outros indicadores psicossociais. Há, contudo, aspectos recorrentes que parecem ser transversais à vivência dos mais velhos, como o sentimento de solidão, provavelmente resultado mais partilhado da singularidade de cada experiência individual (Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005).

## ***1.2 - Qualidade de Vida e Bem-Estar no Idoso***

A qualidade de vida é inquestionavelmente uma das principais problemáticas sociais que se coloca ao envelhecimento progressivo da população. Este facto justifica a necessidade crescente de investigação, sobre o conhecimento da população idosa numa perspectiva biopsicossocial, com o intuito de lhes garantir, não só uma maior sobrevida, melhoria de qualidade de vida e bem-estar, promovendo o envelhecimento bem sucedido.

As teorias do envelhecimento bem sucedido vêem a pessoa como pro-activa, sendo capaz de regular a sua qualidade de vida através da definição de objectivos, tentando alcançá-los e juntando recursos que são úteis na adaptação à mudança e estar activamente

envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de bem-estar e qualidade de vida e deve ser estimulado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento (Stevens, 2001). Segundo Rowe e Kahn (1999), entende-se por envelhecimento bem sucedido aquele em que a pessoa continua a funcionar eficazmente, quer do ponto de vista físico, quer psíquico ou mental (Oliveira, 2008). Fontaine (2000) realça particularmente três factores, essencialmente na área pessoal, determinantes de uma velhice bem sucedida: a saúde (reduzida probabilidade de doença e em especial as que causam perda de autonomia), a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico, e a conservação do empenho social e de bem-estar subjectivo, isto é, a manutenção da participação social.

O conceito de bem-estar, segundo Smith (2001), mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais de primeira ordem (comida, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de acção social, dinheiro suficiente). Actualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (segurança, dignidade pessoal, oportunidades de alcançar objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, auto-estima). Para Zimmerman (2000), no bem-estar do idoso, devem ser abrangidas as dimensões: física (ginástica e desporto, adaptados às possibilidades da pessoa), psíquica (percepção, pensamento, memória, atenção, afecto) e social (comunicação, convivência, sentimento de pertença). Assim, propõe exercícios práticos de estimulação para estas três dimensões. Warr, Butcher e Robertson (2004), concluíram que determinadas actividades realizadas no seio familiar, da sociedade e da Igreja (caridade) contribuem em muito para o bem-estar do idoso (Oliveira, 2008).

A definição de bem-estar é complexa, pois integra um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida está relacionado com a auto-estima, com o bem-estar pessoal e inclui um amplo espectro de áreas da vida como: capacidade funcional, nível socioeconómico, estado emocional, interacção social, actividade intelectual, suporte familiar, saúde, valores culturais, éticos e religiosos (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002, cit. in Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005), estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e ambiente em que se vive (Velarde & Avila, 2002; Bowling, Gabriel, Dakes, Dowding, Evans, Flessing, et al., 2003, cit. in Vecchia et al., 2005).

O termo de qualidade de vida, varia de autor para autor e, além disso, é muito subjectivo, pois refere-se à percepção que uma pessoa tem da sua vida, dependendo do seu

nível sociocultural, da faixa etária e das suas expectativas e interesses pessoais (Vecchia et al., 2005). Foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - OMS, como “*a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 2000). É um conceito multidimensional que engloba critérios objectivos e mensuráveis, como funcionamento fisiológico ou a manutenção das actividades de vida diária (Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005), bem como componentes subjectivos, geralmente designados por satisfação com a vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objectivos alcançados (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O’Reilly, & Lithell, 2005, cit. in Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006).

A qualidade de vida na pessoa idosa tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia (Duarte & Pavarini, 1997, cit. in Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Baltes e Silvenberg descrevem três tipos de dependência: (1) estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, pela participação nos processos produtivos (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego); (2) física, quando há incapacidade funcional individual para realizar actividades de vida diária; e (3) a comportamental, que com frequência é antecedida pela dependência física, sendo socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, os outros esperam à partida incapacidade por parte da pessoa idosa (Sousa et al., 2003).

Reflectir acerca da qualidade de vida no idoso, é importante, quando se sabe que o processo de envelhecimento produz efeitos a vários níveis, tornando-se fundamental proporcionar ao idoso uma vida saudável, digna, independente e integrada socialmente, sendo da maior importância tomar consciência do valor da manutenção da sua funcionalidade, pois este aspecto permite-lhe ter uma vida activa e independente, nomeadamente no que se refere à realização e manutenção das tarefas diárias (Faria & Marinho, 2003).

### ***1.3 - Psicopatologia no Envelhecimento***

A saúde mental é um direito Humano, que permite aos cidadãos usufruírem de bem-estar, qualidade de vida e saúde, promovendo assim, a formação, o trabalho e a participação na sociedade. Sendo um facto que a população está a envelhecer, isto pode implicar alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar do idoso, como sendo, a perda de apoio social da família e amigos e o aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas (União Europeia [UE], 2008).

A demência é uma das situações mais frequentes na população idosa, com prevalência mundial estimada em cerca de 24.3 milhões de casos. Registrando-se 4.7 milhões de novos casos todos os anos (um novo caso a cada sete segundos). Mantendo-se a taxa de crescimento previsto da população com mais de 65 anos, principalmente nos países em desenvolvimento, e não existindo medidas preventivas eficazes, estima-se que o número de pessoas afectadas duplique a cada 20 anos, atingindo em 2040 cerca de 81.1 milhões (Ferri, Prince, Brayne, Brodaty, Fratiglioni, Ganguli, et al., 2005). Isto levanta um novo problema na sociedade, o da psicopatologia na velhice, que impõe esforços financeiros consideráveis e que vai exigir dos governos e das autoridades de saúde estratégias de longo prazo, adequadas aos recursos financeiros disponíveis que garantam a qualidade assistencial desejável (Cunha, Santana, Guerreiro, Firmino, Almeida & Reis, 2010).

A demência é a afecção neurológica que se caracteriza essencialmente pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos umas das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução (American Psychiatric Association [APA], 2002). Os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para conduzirem a uma perda progressiva da autonomia e da capacidade para as actividades diárias, profissionais e sociais (Rosenstein, 1998; cit. in Cunha et al., 2010). O seu curso é progressivo e lento e varia de doente para doente e com as diferentes causas de demência (Nunes & Pais, 2006).

A doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência. Sendo pautada pela deterioração mental, global e progressiva, com lesão neuronal irreversível em áreas vitais, manifestando-se por alterações da memória, do pensamento e do comportamento. É uma situação clínica preocupante que afecta mais de 10% da população com idade superior a 65 anos. Tem por isso um elevado impacto socioeconómico. Hoje atinge mais de 15 milhões de pessoas em todo o mundo (Fernandes, s.d.).

Os estados avançados de demência podem ser encarados como doenças terminais cujo objectivo prioritário não deverá ser o prolongamento da vida a qualquer preço, mas antes a obtenção de qualidade de vida, de dignidade e de conforto (Fernandes, 2008). Segundo Zimerman (2000), é importante o acompanhamento da evolução da doença para permitir que a pessoa continue independente pelo maior tempo possível, fazendo coisas e ocupando-se como antes de ter adquirido a doença. Sendo importante estimular a pessoa a nível físico, psíquico e social.

Esta promoção do envelhecimento activo e saudável é um dos objectivos políticos fundamentais da UE. A saúde mental dos idosos pode ser desenvolvida através: da participação activa na vida comunitária, incluindo a promoção da actividade física e de oportunidades educacionais; do desenvolvimento de estratégias flexíveis de reforma que permitam aos idosos permanecer a trabalhar até mais tarde; e da disponibilização de medidas para promover a saúde mental e o bem-estar nos idosos que recebem cuidados (médicos ou sociais), tanto na comunidade como em contexto institucional (UE, 2008).

Para além da demência, também as perturbações mentais são frequentes entre a população idosa. Em Portugal não são conhecidas a incidência e prevalência da maioria das perturbações mentais, mas os dados evidenciam o impacto de vários determinantes, eventualmente, associados à existência de sofrimento psicológico. Os dados mostram que as mulheres revelam a existência de provável sofrimento psicológico mais elevado que os homens, em todas as faixas etárias. A baixa escolaridade influencia negativamente o provável sofrimento psicológico, em ambos os géneros e em todas as regiões do país (Ministério da Saúde, 2008).

Vaz Serra (2003) reportando-se a dados da OMS (2001), mencionou que, em todo o mundo, se calcula que 212 milhões de pessoas sofram em dado momento de depressão. Em Portugal, os dados mais objectivos são os revelados pelo terceiro Censo Psiquiátrico de 2001 da Direcção Geral de Saúde, onde consta que a depressão foi a segunda patologia psiquiátrica mais frequente que recorreu aos serviços de saúde, com 14,9% dos casos, numa amostra de 66 instituições de Saúde Mental (Bento, Carreira, & Heitor, 2001). Concretamente na população idosa, parece ser consensual que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum (Marques & Firmino, 2003).

Vários factores são associados a um risco acrescido de desenvolver depressão depois dos 65 anos. Marques e Firmino (2003) nas suas pesquisas, salientaram que não existe nenhuma evidência de que os factores genéticos contribuem significativamente na etiologia depressão geriátrica. Já em relação ao género, a depressão é consistentemente

mais comum na mulher do que no homem ao longo do ciclo de vida. Quanto ao estado civil, os episódios depressivos são mais frequentes entre os idosos divorciados ou viúvos (Marques & Firmino, 2003). Alguns estudos apontam para o impacto do luto sobre a morbidade e a mortalidade. O luto exacerba não apenas a morbidade física, mas também a psiquiátrica; isto é especialmente verdadeiro no que diz respeito à morbidade associada à perda de um cônjuge (Worden, 1998).

Várias doenças, algumas relativamente comuns, também estão associadas à depressão: doenças coronárias, neoplasias, doenças reumatológicas, neurodegenerativas e de maneira geral as crónicas, dolorosas e que determinam incapacidade funcional. Salienta-se que a incapacidade funcional é um factor indutor de depressão no idoso, mais importante do que a própria doença ou da dor que lhe possa estar associada. Também é referido que o facto de viver num lar de idosos constitui-se como outro factor capaz de contribuir para a depressão, particularmente, se o idoso não tiver tido possibilidade de escolher o lar ou de recusar a institucionalização. A circunstância de ter de cuidar de um cônjuge representa uma responsabilidade acrescida, particularmente se este se encontra dependente e sobretudo se o suporte social for deficiente. A história pessoal e o tipo de personalidade, particularmente se marcados por sintomas depressivos prévios e dificuldades em estabelecer relações significativas de intimidade, devem também ser considerados como indicadores de risco acrescido para o desenvolvimento de depressão. Finalmente, realçam a importância dos acontecimentos de vida que possam contribuir para deprimir os idosos como o luto, problemas económicos ou a mudança forçada do seu ambiente habitual (Marques & Firmino, 2003).

As causas mais frequentemente invocadas pelos idosos deprimidos portugueses para exprimirem a sua situação não diferem claramente das causas indicadas por idosos deprimidos que vivem noutros países europeus e são, por ordem decrescente: a solidão, a reforma, os conflitos familiares e a morte de familiares (Marques & Firmino, 2003).

O diagnóstico da depressão na pessoa idosa é ainda mais complexo quando comparado ao diagnóstico noutras faixas etárias, pois, como salientam Piccoloto, Wainer, Benvegnú e Juruena (2001), o próprio processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos, o que conduz à confusão no diagnóstico, mascarando a doença.

Alguns dos principais sintomas da depressão são a tristeza, falta de motivação, isolamento, culpa, pessimismo, irritabilidade, dificuldade de concentração, desesperança, auto-agressão, baixo auto-conceito, perda de apetite, perturbações do sono, entre outros,

daí que, em casos extremos, a depressão possa vir acompanhada do risco de suicídio (Zimmerman, 2000; Saraiva, 2003).

A depressão pode ser muito diferente do ponto de vista clínico nos diferentes indivíduos, em particular no idoso. Neste, pode adoptar uma forma qualitativamente diferente da do adulto jovem (Fernandes, 1999). Em pessoas idosas, além dos sintomas referidos, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, sentimentos de inutilidade, baixa auto-estima e pensamento recorrente de suicídio (Pearson & Brown, 2000). Fernandes (1999), acrescenta ainda, o medo da morte, queixas de diminuição da memória, grave lentificação e auto-negligencia.

A relação conceptual entre o envelhecimento e a depressão pode ser objecto de pelo menos duas abordagens complementares. A depressão pode ser entendida como resultado de alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais ou sociais determinadas pelo envelhecimento, sendo neste caso uma variável dependente do envelhecimento. Ou a depressão pode por sua vez, desencadear alterações nestas áreas modificando a qualidade de vida do idoso, determinando a morbilidade e afectando o seu prognóstico vital devendo então ser entendida como variável independente (Marques & Firmino, 2003).

A depressão envolve uma série de comprometimentos no funcionamento de uma pessoa. Os resultados de um estudo de Fleck e seus colaboradores (2002), mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com um pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde, uma vez que indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliam a sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela. Zimmerman (2000), também especifica que a depressão afecta determinados aspectos da vida do idoso. No que concerne à área intelectual, ocorre a diminuição desta capacidade e surgem perturbações da memória que, por sua vez dificultam a aprendizagem de novos conteúdos. Na área social, ocorre o afastamento dos grupos, o abandono e o isolamento. Do ponto de vista somático podem ocorrer problemas cardíacos, pulmonares e gástricos.

Os estados depressivos são muito frequentes na velhice e na sua forma paroxística podem levar ao suicídio, cuja frequência é maior nas pessoas com mais de 65 anos de idade (Cohen, Llorente, & Eisdorfer, 1998; Fontaine, 2000; Saraiva, 2003; Costa, 2005; Marques & Ramalheira, 2006). A depressão aparece como a perturbação psiquiátrica mais comum nesta população (Conwell, Duberstein, & Caire, 2002; Marques & Firmino, 2003; Marques & Ramalheira, 2006), sendo responsável pela perda de autonomia, pela

incapacidade marcada, pelo agravamento de quadros patológicos pré-existentes. Está associada ao maior risco de morbidade e mortalidade (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005), com o aumento da utilização dos serviços de saúde, com a negligência no auto-cuidado, com a menor adesão aos regimes terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos (Katona, Livingston, Manela, Leek, Mullan, Orrell, et al., 1997, cit. in Paradela, Lourenço, & Veras, 2005).

A escolha do tratamento deve ser personalizada, após uma avaliação do paciente não só do ponto de vista físico, mas também do ponto de vista mental. Como a depressão é uma doença multifactorial e complexa, é de se esperar que o seu tratamento seja também diversificado. Apesar disso, persistem duas grandes formas de abordagem terapêutica – a biológica e a psicológica – que não se excluem entre si e podem até ser complementares. Ou seja se uma pessoa tiver indicação para fazer psicoterapia, poderá beneficiar de efectuar em simultâneo um tratamento farmacológico (Afonso, 2004).

Uma vez realizado o diagnóstico de depressão, é difícil antever como irá evoluir a doença. Nuns casos o episódio depressivo é ultrapassado por completo e não voltará a ocorrer, noutros casos poderão surgir com o tempo novos episódios com recuperação total ou não dos sintomas depressivos entre eles. Por vezes a depressão pode adquirir contornos de doença crónica, já que alguns doentes não recuperam do episódio depressivo (Afonso, 2004).

#### ***1.4 - Ideação Suicida no Idoso***

Ferreira e Castela (1999), salientam que um indicador fundamental para o risco de suicídio e uma componente básica na classificação de comportamentos suicidas, é a ideação suicida. Esta designa, especificamente, os pensamentos e as cognições de autodestruição, de acabar com a própria vida. Num crescente hierárquico, a ideação suicida pode ir de pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais sérias sobre maneiras correctas de cometer suicídio. A identificação da gravidade da ideação suicida no indivíduo contribui para uma aproximação viável e pró-activa da detecção de indivíduos em risco de suicídio. A ideação pode ser vista como um estágio preliminar, precursor de outros comportamentos suicidas mais severos.

No entanto a ideação suicida é uma condição necessária, mas não suficiente, para determinar o comportamento suicida. Além disso é um importante factor de risco para as tentativas de suicídio (Taylor, Dal Grande, Gill, Fisher, & Goldney, 2007). Assim a

identificação precoce da provável presença de cognições auto-destrutivas, beneficiará os sujeitos e os seus cuidadores (Chamberlain, Goldney, Delfabbro, Gill, & Dal Grande, 2009).

A prevalência de ideação suicida entre os idosos tem sido objecto de estudo, embora com resultados muito variados (1-36%), os dados obtidos parecem indicar, no entanto, que a prevalência de ideação suicida e de comportamentos para-suicidas, nos idosos é inferior às de grupos etários mais jovens. Apesar disso, o comportamento suicidário, nos idosos, resulta mais facilmente em morte: pela sua maior fragilidade física (diminuição da resistência à agressão); pela maior probabilidade de viverem sozinhos (menor auxílio) e pela maior intensidade da intenção letal (Marques & Ramalheira, 2006).

Num estudo transversal com uma população idosa, verificou-se que os sintomas depressivos, a falta de apoio social e a dificuldade de realização de actividades de vida diárias, estavam significativamente associados com a presença de ideação suicida. A avaliação destes aspectos, segundo os autores, pode fornecer um meio eficaz de identificação dos idosos com potencial risco suicida (Awata, Seki, Koizumi, Sato, Hozawa, Omori, et al., 2005).

Como refere Saraiva (2006), o suicídio é o mais misterioso acto do ser humano, sendo difícil de se compreender. É marcado pelo desespero; pela perda de horizontes; pela falta de esperança e pelo fim de um sofrimento, tido como intolerável e interminável.

A par das doenças mentais, o suicídio causa um enorme sofrimento nos indivíduos, nas suas famílias e nas comunidades que integram (UE, 2008; World Health Organization [WHO], 2009). A palavra suicídio vem do latim, *sui* que significa *de si*, mais *caedere* que significa *matar*. Portanto, pode ser definida como a pessoa que, voluntariamente, se mata (Costa & Melo, 1994). Segundo Durkheim (2005), pode-se chamar de suicídio todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pelo próprio indivíduo, sabendo este o seu efeito letal. Inclui não só actos positivos de auto-destruição, como envenenamento ou flebotomias, mas também actos negativos de intenção letal, como a greve de fome.

O suicídio deve ser conceptualizado como um comportamento complexo e multifacetado, influenciado por circunstâncias e factores interrelacionados (OMS, 2000; Marques & Ramalheira, 2006), que envolve questões socioculturais, genéticas, psicológicas, filosófico-existenciais, psiquiátricas e ambientais (WHO, 2003).

Este fenómeno, vem ganhando força em termos numéricos e de impacto, como se pode aferir pelos dados globais da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003). São

ainda muitas as pessoas, nomeadamente as idosas, que vivem intoleráveis situações de sofrimento psicológico e físico, susceptíveis de as levar a tentar o suicídio. Como se verifica, em Portugal, a taxa de suicídio na população idosa é superior à da população total, pois a taxa de suicídio tende a aumentar com a idade (Marques & Ramalheira, 2006).

Todos os anos quase um milhão de pessoas no mundo cometem o suicídio, o que significa, aproximadamente, 1,5% de todas as causas de morte, fazendo do suicídio a décima principal causa de morte a nível global (WHO, 2009). Na maior parte dos países industrializados, a taxa de suicídio nos idosos é superior em relação a outros grupos etários (Rubenowitz, Waern, Wilhelrnson, & Allebek, 2001), chegando a ser três vezes maior em indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, quando comparado com indivíduos jovens (WHO, 1999).

Destacando um estudo sobre o suicídio em Portugal, nos anos 90, concluiu-se que Portugal acompanha a generalidade dos países do sul da Europa, ou seja, apresenta uma das taxas de suicídio mais baixas (Campos & Leite, 2002). Com excepção da região do Alentejo, que desde há muitos anos é um caso de estudo interdisciplinar, sociológico e psiquiátrico, pela gravidade e pelo contraste com o todo nacional, apresentando taxas suicidas cinco ou mais vezes superiores, o que aproxima tragicamente as regiões ao sul do Tejo dos países da linha da frente (Saraiva, 2003).

Verificou-se que a sobremortalidade masculina é um facto dominante, quaisquer que sejam as variáveis em análise, e que existe uma crescente propensão para o suicídio com a idade. As taxas de suicídio foram mais elevadas nos homens com mais idade, sobretudo acima dos 65 anos, em especial nos muito idosos (85 e mais anos), e, no caso dos indivíduos activos, entre os 50 e 64 anos. Nas mulheres verificou-se que as taxas foram mais baixas e com maior proximidade nos valores obtidos, revelando, igualmente, que os suicídios ocorreram com maior frequência nas idades avançadas. Dos indivíduos que se suicidaram destaca-se uma maior mortalidade nos homens e nas mulheres viúvos e divorciados, em termos gerais, e nos homens e mulheres divorciados, no que respeita aos indivíduos activos. A maioria das pessoas que se suicidaram na década de 90, não tinha actividade económica, e em especial nos homens. As taxas de suicídio foram mais altas nos trabalhadores por conta de outrem, quer nos homens quer nas mulheres e em profissões menos qualificadas (Campos & Leite, 2002).

Se forem associados um conjunto de factores como o sexo, idade, estado civil, situação económica e situação de trabalho, é possível identificar-se um indivíduo com maior risco de suicídio: é do sexo masculino, tem uma idade superior a 65 anos, viúvo,

inactivo (desempregado ou reformado), está socialmente isolado, sem práticas religiosa, deprimido, com múltiplos problemas afectivos, económicos ou de saúde física ou mental (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000; Campos & Leite, 2002; Saraiva, 2003).

Para Dalgalarrodo (2000), Peixoto, Saraiva e Sampaio (2006), são diversos os factores de risco e de protecção para o comportamento suicidário. Especificamente, Serby e Yu (2003); Carter e Nicholas (2003), salientam como factores de risco mais significativos para o suicídio na população geriátrica: idade avançada; sexo masculino (4:1); estado civil (solteiros, divorciados e viúvos); isolamento social; doenças psiquiátricas (depressão, esquizofrenia, alcoolismo, perturbações da personalidade); saúde física debilitada; perdas de capacidades funcionais (actividades de vida diárias); acontecimentos de vida de impacto negativo; modelos suicidários (familiares e comunitários), entre outros (Ortiz & Fernández, 2006).

Destacando alguns estudos de investigação que relacionam os factores de risco mencionados, eles demonstram uma relação entre o envelhecimento, as perturbações de humor (depressão) e o risco de suicídio (Cohen, Llorente, & Eisdorfer, 1998; Conwell, Duberstein, & Caine, 2002).

Marques e Ramalheira (2006) salientam que entre 60 a 80% dos casos de suicídio em idosos estão relacionados com depressão. Pearson e Brown (2000), ressaltam que nos idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos.

Para Anderson, (2001), a depressão e o isolamento social estão relacionados, e na realidade, considera que pode ser um problema circular. Isto é, uma pessoa pode estar deprimida e afasta-se da família, dos amigos e da sociedade em geral, tornando-se socialmente isolada, que por sua vez conduz a um estado depressivo adicional. O isolamento social foi por sua vez, também identificado na literatura como um factor de risco para o suicídio (Monk, 2000). Rosenman (1998), acrescenta que em pessoas mais velhas, a solidão e a incapacidade física podem ser factores de risco para o suicídio e estes por sua vez são também factores que aumentam a possibilidade de as pessoas mais velhas se isolarem, socialmente (Findlay, & Cartwright, 2002).

Alguns tipos de doenças, físicas, cónicas e que diminuam a mobilidade, a audição e a visão, são associadas a um aumento do risco de suicídio. Este aumenta consideravelmente, em pessoas com doenças crónicas e dolorosas (OMS, 2000).

Para Beautrais (2002), o risco do comportamento suicida é maior entre os indivíduos com perturbação do humor, admissão psiquiátrica no ano anterior e redes de

apoio social limitadas. Rubenowitz e colaboradores (2001) concluíram que as divergências familiares e a doença mental são os principais factores de risco de suicídio no idoso.

Como já referimos, os estudos estabelecem uma forte ligação entre o estado civil e o suicídio, mostrando que as pessoas casadas apresentam uma menor taxa de suicídio em relação às solteiras e que as pessoas divorciadas ou viúvas apresentam maiores taxas de suicídio. Esta diferença pode ser explicada para alguns, pelo facto do casamento proporcionar estabilidade emocional e social reduzindo o isolamento, fazendo com que os casados sejam mais felizes do que os divorciados (Kposowa, 2000). Alguns autores documentam que tanto o divórcio como a viuvez aumentam o risco de suicídio e quando alguns factores são controlados como: idade, raça, educação, rendimento e local de residência, o divórcio/separação, aparece como o único estado civil que aumenta significativamente o risco de suicídio (Kposowa, 2000).

Em síntese, no que se refere às causas, ou motivos, que podem levar uma pessoa a suicidarem-se, podemos dizer que estes correspondem a um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade de ocorrer determinada situação, neste caso específico o suicídio.

A prevenção do suicídio é uma meta realística, e os governos mundiais deveriam trabalhar juntos para encontrarem soluções para este problema de saúde pública crescente (WHO, 2009). Eles precisam identificar quais as causas do suicídio e proteger os grupos da sua comunidade indicados como mais vulneráveis. O suicídio pode ser evitável e prevenido, pois é influenciado por factores de risco do tipo, psicossociais, culturais e ambientais (WHO, 2008).

Muitos consideram que é difícil prevenir o suicídio no idoso, pelo facto de existirem poucos sinais de alerta, em virtude das pessoas idosas terem menos tendência a expressarem directamente a ideia suicida ou a fazerem tentativas de suicídio prévias (Conwell et al., 2002). Mas outros destacam a importância do clínico estar atento quando estão presentes os conhecidos factores de risco para o comportamento de suicídio no idoso (Serby & Yu, 2003; Carter & Nicholas, 2003). É importante conhecê-los (os factores de risco) porque, ainda que a maioria dos idosos experimente as alterações biológicas, sociais e psicológicas, apenas uma parte destes deprimirá, e uma menor parte apresentará comportamentos suicidários. O conhecimento sobre os factores de risco permitirá prever com maior acuidade, quais os idosos que se encontram particularmente vulneráveis à depressão e com ideia suicida associada, no sentido de mais eficazmente, contribuir para uma melhor qualidade de vida e bem-estar da pessoa.

## **PARTE II**

---

### **ESTUDO EMPÍRICO**

### **2.1 - Objectivos**

O presente estudo de investigação surgiu da constatação de um crescente número de pessoas idosas que recorriam pela primeira vez à consulta de Gerontopsiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João do Porto, E.P.E., com perturbações do humor, especificamente da depressão. Em alguns destes casos, também, eram enunciados aspectos relacionados com a ideação suicida. Este aspecto é tido por muitos especialistas, como um estadio antecedente de um comportamento suicida, que é bastante prevalente nesta faixa etária, como se constata nos estudos nacionais e internacionais, mas que pode ser prevenido. Assim tornou-se prioritário o estudo sobre a ideação suicida no idoso.

Os objectivos deste estudo foram:

- (1) Caracterizar os idosos com idade igual ou superior a 65 anos, que recorreram pela primeira vez à consulta de Gerontopsiquiatria do Hospital S. João do Porto, E.P.E., a nível sociodemográfico, das incapacidades físicas e globais (incluindo actividades de vida diária), assim como ao nível da patologia orgânica e das variáveis psicológicas. Nestas em particular procurou-se estudar a qualidade de vida percebida pelo idoso, a depressão e a ideação suicida.
- (2) Explorar a relação entre ideação suicida, depressão e restantes variáveis.

### **3.1 - Amostra**

Neste estudo transversal, foram recrutados de forma sequencial numa amostra de conveniência, 155 idosos com 65 ou mais anos de idade, que recorreram pela primeira vez à Consulta de Gerontopsiquiatria, do Serviço de Psiquiatria do H.S.J. do Porto, entre os meses de Abril e Outubro de 2009.

Da amostra inicial foram excluídos 80 pessoas idosas, por não cumprirem os seguintes critérios de inclusão: (1) idade superior ou igual a 65 anos de idade; (2) consentimento livre e esclarecido; (3) ausência de défices auditivos<sup>1</sup>; (4) ausência de défices cognitivos<sup>2</sup>, (5) assim como ausência de doenças neurodegenerativas e cérebro-vasculares<sup>3</sup>. A inclusão dos idosos no estudo, teve por base os dados inerentes aos registos clínicos da consulta de Gerontopsiquiatria, o que permitiu confirmar algumas informações.

Foi com base na amostra final de 75 idosos que se procedeu ao estudo das relações entre ideação suicida, depressão e restantes variáveis.

### **3.2 - Procedimentos**

Para a realização deste estudo, procedeu-se inicialmente, à elaboração do projecto de investigação, com posterior pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética para a Saúde, do Hospital de S. João do Porto.

Após aprovação (cf. Anexo 1), solicitou-se a autorização dos autores das escalas que se pretendiam utilizar. Depois da obtenção do referido consentimento, iniciou-se a recolha de dados, que foi antecedida por um esclarecimento de qualquer dúvida referente ao estudo, assim como objectivos, riscos e benefícios, bem como à confidencialidade do mesmo (cf. Anexo 2). Por fim obteve-se o consentimento informado por escrito, dos

---

<sup>1</sup> Informação de défice auditivo referida no registo clínico do doente, na Consulta de Gerontopsiquiatria.

<sup>2</sup> Informação de défice cognitivo referida no registo clínico do doente, na Consulta de Gerontopsiquiatria e/ou verificado no momento da recolha dos dados através da administração dos instrumentos.

<sup>3</sup> Informação referida e confirmada no registo clínico do doente, na Consulta de Gerontopsiquiatria.

participantes saudáveis (cf. Anexo 3). No caso dos participantes com algum tipo de défice o consentimento informado foi obtido junto do seu cuidador ou familiar (cf. Anexo 4).

Para apurar existência de défice cognitivo, os idosos foram inicialmente avaliados com o *Mini-Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptação de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994); com o *Teste do Desenho do Relógio* (Shulman, Shedletsky & Silver, 1986; normas de Cacho, García-García, Arcaya, Vicente & Lantada, 1999); e com as sub-provas da *Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências* (Guerreiro, 1998), as *Histórias* e o *Token Test* (cf. Anexo 5).

A amostra final do estudo, constituída por 75 idosos, foi avaliada do ponto de vista sociodemográfico e clínico (cf. Anexo 6). Foram também aplicados o *EASYCare - Elderly Assessment System /Sistema de Avaliação de Idosos* (versão portuguesa de Sousa & Figueiredo, 2000) (cf. Anexo 7); a *Escala de Depressão Geriátrica* (Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; adaptada por Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008) (cf. Anexo 8) e o *Questionário de Ideação Suicida* (Reynolds, 1988, adaptado por Ferreira & Castela, 1999) (cf. Anexo 9).

Relativamente aos procedimentos de análise estatística, quando finalizada a recolha dos dados, procedeu-se à introdução dos mesmos no programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0. Para o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se não só à estatística descritiva, para uma melhor compreensão dos dados, como também à estatística correlacional.

A caracterização desta amostra, em relação às diferentes variáveis assentou numa análise descritiva com cálculo de frequências (percentagens), de medidas de tendência central (médias, modas) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). No que diz respeito à análise correlacional, isto é, para se averiguar a relação entre a ideação suicida, a depressão e restantes variáveis, recorreu-se ao teste paramétrico de correlação de Pearson ( $r$ ), que foi substituído pelo teste não-paramétrico de correlação de Spearman ( $r_s$ ), quando a distribuição não era normal, não existia homogeneidade de variância e os efectivos do grupo eram em número reduzido (Pestana & Gageiro, 2003). Para se testar a normalidade das distribuições utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Quanto à homogeneidade das variâncias, foi testada pelo teste de Levene (Pestana & Gageiro, 2003). Neste estudo utilizaram-se ainda os níveis de 90 e 95% de significância.

### ***3.3 - Desenho da Investigação***

Tratou-se de um estudo exploratório, que consiste, numa investigação do tipo observacional-descritivo transversal, que consiste numa análise descritiva, isto é, na caracterização dos dados da amostra recolhidos num único momento. Baseou-se ainda, num estudo observacional analítico-transversal, isto porque se pretendeu analisar as relações estatísticas entre variáveis (correlações) tal como elas existem naturalmente na amostra (Ribeiro, 1999).

### ***3.4 - Instrumentos***

- *Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos*

De forma a garantir uma recolha de dados pessoais e clínicos, semelhante para todos os participantes idosos que integraram a amostra final do estudo, foi elaborado um questionário semi-estruturado de dados sociodemográficos e clínicos (cf. Anexo 6). Este é constituído por questões de caracterização dos indivíduos, tais como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, coabitação, ocupações/lazer, entre outras. Ao nível clínico é composto por questões relacionadas com problemas de saúde físicos e psiquiátricos e respectivos internamentos hospitalares (duração e motivo), fazem parte também, questões relacionadas com problemas de luto, tentativas de suicídio, consumo abusivo de álcool, tabaco e psicofármacos, entre outras questões.

- *Mini-Mental State Examination - MMSE* (adaptação de Guerreiro et al., 1994)

Para avaliação de casos com suspeita de deterioração cognitiva, dispõe-se de instrumentos breves de avaliação do estado mental, do qual o *MMSE* (Guerreiro et al., 1994) é o exemplo típico (Cunha, et al., 2010). Este é o instrumento padronizado mais amplamente utilizado em toda a prática clínica para a avaliação de défices cognitivos (Ismail & Shulman, 2006) (cf. Anexo 5), sendo composto por 20 itens, divididos em seis grupos que reportam para diversas dimensões que se acredita estarem relacionadas com a deterioração cognitiva do sujeito: (1) orientação - temporal e espacial; (2) retenção (de palavras); (3) atenção e cálculo; (4) evocação (de palavras); (5) linguagem e (6) habilidade construtiva. A administração do teste dura cerca de 10 minutos. Cada questão apresenta-se

por um enunciado que provoca uma resposta que se considera correcta ou incorrecta e está completamente descrita na folha de anotação e cotação (Maia, Correia, & Leite, 2009).

Este instrumento é descrito por Spar e Rue (2005) como tendo alta fiabilidade interobservador e adequada fiabilidade no reteste em condições estáveis. A pontuação pode variar entre 0 e 30 pontos, e apresenta os seguintes pontos de corte para a população portuguesa:  $\leq 15$  para analfabetos;  $\leq 22$  para 1 a 11 anos de escolaridade e  $\leq 27$  para escolaridade superior a 11 anos (segundo adaptação de Guerreiro et al., 1994). Os participantes com uma classificação total abaixo do ponto de corte para a sua escolaridade foram considerados com défice cognitivo e não foram incluídos na nossa amostra final.

Como instrumento único de rastreio tem limitações, por isso, como forma de colmatar este défice e detectar os falsos negativos, aplicamos conjuntamente, o *Teste do Desenho do Relógio* (Cacho et al., 1999) e dois sub-testes da *Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências* (Guerreiro, 1993).

- *Teste do Desenho do Relógio* (Cacho et al., 1999)

Trata-se de um instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo (Garcia-Portilla, Bascarán, Sáiz, Paralleda, Bousonô, & Bobes, 2009), cujo interesse, enquanto instrumento de rastreio do defeito cognitivo associado a doenças do foro neurológico e/ou psiquiátrico tem aumentado consideravelmente nos últimos anos (Silva, Mendonça & Guerreiro, 2009).

Apesar de consistir num simples desenho de um mostrador redondo de um relógio analógico, permite-nos avaliar um conjunto extenso de áreas cognitivas, nomeadamente, capacidades visuo-espaciais, capacidades de construção/planeamento, pensamento abstracto (Ortiz, 2002; Marques-Teixeira, 2005; Ismail & Shulman, 2006; Silva, et al., 2009), percepção, execução motora, atenção e compreensão (Garcia-Portilla, Bascarán, Sáiz, Paralleda, Bousonô, & Bobes, 2009). Estas particularidades fazem do *Teste do Desenho do Relógio* um instrumento de rastreio particularmente útil. No entanto a sua natureza complexa cria dificuldade de classificação e interpretação (Ismail & Shulman, 2006).

Trata-se de uma administração simples e rápida (cerca de 2 minutos, tempo muito inferior quando comparado com os 10 minutos do MMSE), requer apenas, como material, uma folha e um lápis. Após o sujeito obter o material, é-lhe solicitado que desenhe um mostrador redondo de um relógio com os números escritos. Terminada esta fase, o teste

fica completo com a tarefa de marcar a hora, desenhando os ponteiros, qualquer hora pode ser escolhida, sendo a mais comum, onze horas e dez minutos (Marques-Teixeira, 2005; Ismail, & Shulman, 2006). Tem a desvantagem de não poder ser aplicada a sujeitos analfabetos que não conhecem os números, e não sabem ver as horas. Por este motivo este instrumento não foi utilizado junto dos elementos da amostra que eram analfabetos (N=31). Como instrumento único de rastreio tem limitações no que respeita à sua sensibilidade para défices cognitivos. Por isso, como forma de colmatar este défice, é usual, aplicar-se conjuntamente com o MMSE (Ismail & Shulman, 2006).

O sistema de cotação consiste na atribuição de pontos de acordo com a presença e exactidão dos elementos do relógio (mostrador, números e ponteiros). A pontuação total corresponde ao somatório das pontuações obtidas nos três critérios de cotação, e varia entre os 0 e 10 pontos, sendo o ponto de corte o valor de 6 pontos (Cacho et al., 1999).

- Sub-testes da *Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências - BLAD* (Guerreiro, 1998)

Também foram utilizados dois sub-testes da *BLAD* (Guerreiro, 1998) (cf. Anexo 5), que constitui o único instrumento de “*estudo neuropsicológico compreensivo*” para adultos, aferido para a população portuguesa. É um exame mais demorado, cerca de 90 minutos, e a sua aplicação pressupõe uma preparação específica em neuropsicologia e experiência na avaliação de doentes com demência. Formalmente é uma bateria de testes, ou seja, uma associação coerente de provas (tarefa de cortes de “A’s”; repetição de dígitos, nomeação; repetição; leitura; escrita; iniciativa verbal; histórias; memória verbal com interferência; aprendizagem associativa de palavras; memória visual; token test; iniciativa grafomotora; aritmética; entre outros) que permitem uma avaliação exploratória das diversas regiões cerebrais e das suas funções mais eloquentes. Muitas destas provas foram adaptadas de instrumentos clássicos, como por exemplo, da *Wechsler Memory Scale*, da *Bateria de Luria* e das *Matrizes Progressivas de Raven* (Santana, 2005).

Esta bateria está adaptada e apresenta valores normativos para diferentes intervalos de idade (35-49; 50-64; 65-79) e graus de escolaridade (analfabetos; escolaridade igual ou inferior ao 4º ano; e superior ao 4º ano) (Guerreiro, 1998).

Neste estudo de investigação para a avaliação objectiva de dois dos vários domínios parcelares da função cognitiva - memória lógica e compreensão verbal - seleccionaram-se dois sub-testes, as *Histórias/Memória Lógica* e o *Token Test*, respectivamente.

Existem diversos instrumentos para a avaliação da memória, nos seus diferentes domínios, um dos mais utilizados é o da Memória Lógica da *Wechsler Memory Scale* (Johnson, Storandt, & Balota, 2003). Neste estudo usamos a adaptação de Guerreiro (1998), que designa este sub-teste de Histórias. Segundo Storandt e Hill (1989), este sub-teste é um bom instrumento para diferenciar idosos saudáveis daqueles que, supostamente, possam estar na fase inicial da demência (défice cognitivo ligeiro), tendo em vista que, as dificuldades de memória recente são comuns nesta fase.

O sub-teste *Histórias*, permite avaliar a memória verbal imediata, através da evocação imediata de histórias. Consiste na leitura de duas pequenas histórias ao participante, que deve evocar espontaneamente e de imediato cada história que ouviu. Será contabilizado o número de ideias correctamente memorizadas, procurando-se perceber a informação correctamente absorvida e compreendida. Procura-se perceber se o indivíduo é capaz de evocar depois de memorizar um conteúdo verbal de uma história a curto prazo (Guerreiro, 1998).

O outro sub-teste, o *Token Test*, foi originalmente desenvolvido por De Renzi e Vignolo (1962), e permite avaliar a compreensão verbal em crianças e adultos. A versão utilizada neste estudo é a adaptação de Guerreiro (1998), e consiste num conjunto de 20 peças diferentes a partir da combinação de duas formas geométricas (círculos e quadrados), dois tamanhos diferentes (pequeno e grande) e cinco cores diferentes (branco, preto, amarelo, vermelho e verde). O teste avalia a compreensão verbal a partir da apresentação de uma serie de ordens, com diferentes graus de complexidade e que envolvem a manipulação das peças.

- *EASYCare - Elderly Assessment System/ Sistema de Avaliação de Idosos* (versão portuguesa de Sousa & Figueiredo, 2000)

O *EASYCare* (Sousa & Figueiredo, 2000), (cf. Anexo 7) é um instrumento utilizado para proceder a uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social de uma pessoa idosa, sendo que na sua forma completa, também contém itens sobre aspectos da qualidade de vida dos idosos. Este instrumento tem sido projectado para proporcionar uma descrição global das necessidades do idoso. Avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades, não indicando quais as suas competências (saber-fazer), o que nos permite conhecer qual a incapacidade global do idoso. Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos a nível social e de

saúde. A inovação do EASYcare centra-se no facto de integrar, numa só escala, itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar do idoso.

É constituído por uma ficha inicial de identificação do idoso em que, para além de conter dados pessoais, inclui igualmente a possibilidade de registar informação relativamente à sua situação de residência, às respostas sociais de apoio de que poderá eventualmente beneficiar, às habilitações literárias que possui e à idade com que concluiu a escolarização, bem como informação relativa à idade com que deixou de ter um trabalho remunerado e à profissão que exercia (Sousa & Figueiredo, 2000).

As áreas/questões contempladas pelo EASYCare são as seguintes: a) Incapacidades físicas – apresenta questões que abordam a acuidade visual e auditiva, a mastigação e o discurso; referem-se essencialmente à recolha de informação sobre eventuais dificuldades que possam decorrer do uso de determinados "aparelhos" (óculos, "aparelho" auditivo, prótese dentária). A pontuação pode variar entre 0 e 12 pontos, sendo quanto maior este valor, maior a incapacidade. b) Qualidade de vida percebida pelo sujeito - refere-se à qualidade de vida tal como é percebida pelo sujeito, considerando a saúde, a solidão e a habitação. Este índice pode variar entre 0 e 15 pontos, e quanto maior o valor, menor é a qualidade de vida percebida pelo sujeito

As áreas que se seguem no seu conjunto determinam a Incapacidade Global da pessoa idosa e correspondem à, c) Área instrumental/funcional - refere-se às capacidades para fazer o trabalho doméstico, preparar as próprias refeições, ir às compras, administrar o seu dinheiro, usar o telefone e tomar os medicamentos. A pontuação pode variar entre 0, que indica total capacidade funcional/instrumental, e 23 pontos. Nestas questões, bem como nas questões que lhe se seguem, perante a dificuldade ou mesmo incapacidade do idoso em desempenhar uma determinada tarefa, é dada ao avaliador a possibilidade de registar informação relativa à pessoa ou entidade que, eventualmente, lhe presta apoio no cumprimento dessa tarefa (cônjuge ou companheiro, membro da família, amigo ou vizinho, ajuda privada ou pública, outra, ajuda não disponível). d) Mobilidade - as questões desta área remetem para a capacidade de: sair de casa e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira, utilizar a sanita (ou cadeira sanitária), usar a banheira ou o chuveiro. Neste índice pode-se atingir a pontuação máxima de 41 pontos. e) Actividades de cuidados pessoais - aqui, é considerada a capacidade do idoso para cuidar da sua aparência pessoal, vestir-se e alimentar-se. A pontuação total pode variar entre 0 e 22 pontos. f) Controlo esfíncteriano - estas questões

referem-se à incontinência urinária e fecal. A pontuação pode atingir um máximo de 17 pontos (Sousa & Figueiredo, 2000).

O EASYCare demora cerca de 10 minutos a ser preenchido, podendo variar em função da necessidade de obter informação mais pormenorizada acerca da situação da pessoa idosa. (Sousa & Figueiredo, 2000). No que diz respeito à cotação, a pontuação máxima para a Incapacidade é 100. Este resultado pode ser calculado somando as pontuações a partir das questões da área instrumental/funcional até à área do controlo esfinteriano. Basicamente, é importante saber que pontuações mais elevadas significam maior incapacidade; no entanto, a pontuação não permite demarcar um valor a partir do qual se pode considerar que a pessoa idosa não tem problemas (apenas os valores extremos nos dão indicações claras). De facto, a pontuação é uma referência, mas quando os valores obtidos são medianos é o julgamento clínico que possibilita uma interpretação (Sousa & Figueiredo, 2000a).

- *Escala de Depressão Geriátrica - GDS* (Barreto et al., 2008)

A *GDS* (Barreto et al., 2008) (cf. Anexo 8) é a única escala de depressão especificamente constituída para idosos. É uma escala, muito utilizada para o rastreio, ou seja, para a detecção de possível presença dum quadro depressivo na população idosa (Garcia-Portilla, Bascarán, Sáiz, Paralleda, Bousonô, & Bobes, 2009). É composta por 30 itens, formulados como perguntas fáceis de serem entendidas, e com respostas dicotómicas (Sim/Não), conforme a pessoa se tem sentido durante a semana passada. As perguntas evitam a esfera das queixas somáticas.

Esta escala fornece uma única pontuação que se obtém somando a pontuação de cada um dos itens. Cada item é pontuado 1 ou 0, pelo que a pontuação total varia entre 0 e 30. Os pontos de corte são os seguintes: 1 a 10 - ausência de depressão; 11 a 20 - depressão ligeira; 21 a 30 - depressão grave (Barreto et al., 2008).

- *Questionário de Ideação Suicida - QIS* (Reynolds, 1988, versão portuguesa, adaptada por Ferreira & Castela, 1999)

O *QIS* (Ferreira & Castela 1999), (cf. Anexo 9) tem por objectivo avaliar a gravidade dos pensamentos e cognições suicidas nos adolescentes e adultos (Reynolds, 1988, cit. in Simões, Gonçalves, & Almeida, 1999). Este questionário pode ser aplicado

individualmente ou em grupo, foi concebido de modo a que o conteúdo dos seus itens abrangesse uma hierarquia de pensamentos relativos ao suicídio, de pouco a muito graves. É composto por 30 itens, para os quais são oferecidas 7 alternativas de resposta, onde temos as seguintes categorias: «Nunca pensei nisto» (0), «Já pensei nisto, mas não no último mês» (1), «Uma vez por mês» (2), «Algumas vezes por mês» (3), «Uma vez por semana» (4), «Algumas vezes por semana» (5), «Quase todos os dias» (6).

Para propósitos de pontuação, os itens são pontuados de 0 a 6, numa direcção patológica, sendo que uma pontuação alta indica a existência de cognições ocorrendo com uma regularidade significativa. A pontuação no QIS de 30 itens, pode variar entre o mínimo de 0 e um máximo de 180 pontos, esta pontuação sugere que o examinador aprovou cada item (cognição) como ocorrendo quase todos os dias. O QIS poderá ser utilizado apropriadamente em situações clínicas como uma medida de ideação suicida e como parte de uma bateria de testes clínicos para a avaliação geral de psicopatologias (Ferreira & Castela, 1999).

#### 4.1 - Análise Descritiva

##### 4.1.1 - Caracterização Sociodemográfica

A amostra inicial constituída por 155 idosos, na sua maioria do sexo feminino (73.5%), apresentava idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, sendo a média de 74.21 anos (DP = 6.10). Quanto ao estado civil, 93 pessoas eram casadas (60%) e 51 viúvas (32.9%), sendo solteiras apenas 8 pessoas (5.2%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra total relativamente ao estado civil

<b>Estado Civil</b>	<i>N</i>	%
Solteiro	8	5.2
Casado/União de facto	93	60
Divorciado/Separado	3	1.9
Viúvo	51	32.9
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Em relação às habilitações literárias (cf. Tabela 2), 74 idosos (47.7%) concluíram o ensino primário, enquanto 20 (12.9%) não o terminaram e 31 pessoas (20%) eram analfabetas. Os anos de frequência na escola variavam entre 0 e 14 anos ( $M=4.07$ ;  $DP=3.18$ ).

Tabela 2 - Distribuição da amostra total relativamente ao nível de escolaridade

<b>Nível de escolaridade</b>	<i>N</i>	%
Analfabetos	31	20
Instrução primária incompleta	20	12.9
Instrução primária completa	74	47.7
2º Ciclo	8	5.2
3º Ciclo	13	8.4
Ensino secundário	9	5.8
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Constatou-se que dos 155 idosos avaliados inicialmente, 80 (51,6%) apresentavam défice cognitivo e/ou psicopatologia associada, pelo que não continuaram a fazer parte do estudo.

Relativamente à amostra final de 75 idosos, verificou-se quanto ao género um predomínio do sexo feminino ( $N=59$ ; 78,7%). Em termos etários, os idosos, tinham idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos de idade. A média foi de 72,8 anos, ( $DP=6,04$ ) sendo que a faixa etária (cf. Tabela 3) mais prevalente se situou dos 65 aos 74 anos (65,3%).

Tabela 3 - Distribuição da amostra relativamente à faixa etária

<b>Faixas etárias</b>	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
65 a 74 anos	49	65,3
75 a 84 anos	22	29,3
Mais de 85 anos	4	5,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

No que respeita aos anos de escolaridade, estes variavam entre 0 e 14 anos. A média foi de 4,68 anos ( $DP=3,51$ ). O grupo de idosos que completou a instrução primária apresentou maior frequência ( $N=36$ ), seguida do grupo de pessoas analfabetas ( $N=13$ ) e com o 3º Ciclo ( $N=10$ ) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra relativamente aos níveis de escolaridade

<b>Nível de escolaridade</b>	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
Analfabetos	13	17,3
Instrução primária incompleta	6	8
Instrução primária completa	36	48
2º Ciclo	4	5,3
3º Ciclo	10	13,3
Ensino secundário	6	8
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes era casada (62,7%), verificando-se ainda 22 (29,3%) viúvos (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil

<b>Estado Civil</b>	<i>N</i>	<i>%</i>
Solteiro	3	4.0
Casado/União de facto	47	62.7
Divorciado/Separado	3	4.0
Viúvo	22	29.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Relativamente à situação profissional todos os idosos eram reformados. A idade média com que se reformaram foi de 56.24 anos ( $DP=10.86$ ), variando entre os 22 e os 73 anos, sendo a moda de 65 anos. Apresentaram uma grande variabilidade de actividades profissionais, isto é, em 75 idosos foram referidas 31 profissões distintas (cf. Anexo 10), com maior frequência de operários fabris e empregadas domésticas.

No momento da avaliação verificou-se que 53 idosos não tinham uma actividade de lazer/ocupação programada e 71 não participavam nas actividades da sua comunidade (ex. grupos ou movimentos culturais e recreativos).

Na amostra final, 67 idosos eram religiosos (89,3%), e destes, 61 eram praticantes da religião Católica.

Relativamente à naturalidade dos participantes, todos eram da região Norte do país, sendo que a maioria (58.7%) habitava numa zona urbana (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra relativamente à zona habitacional

<b>Zona Habitacional</b>	<i>N</i>	<i>%</i>
Urbana	44	58.7
Suburbana	23	30.7
Rural	8	10.6
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Dos participantes, a maioria, isto é, 58 indivíduos, coabitavam com membros da sua família, sendo que apenas 2 viviam institucionalizados em lares de terceira idade (cf. Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição da amostra relativamente com quem vive

<b>Vive</b>	<i>N</i>	%
Sozinho	15	20
Com familiares	58	77.3
Institucionalizado	2	2.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

De entre os 58 idosos que viviam com a sua família, 36 viviam unicamente com o seu cônjuge; 22 com o seu cônjuge e/ou outros familiares.

#### 4.1.2 - Caracterização das Incapacidades Físicas e Globais

Relativamente à análise do questionário EASYcare (Sousa & Figueiredo, 2000), e quanto ao índice de *incapacidade física*, nesta amostra ( $N=75$ ) a amplitude das respostas variou entre 0 e 4 pontos, obtendo-se uma média de 1.41 pontos ( $DP=1.2$ ), o que significa que estes idosos não apresentavam limitações fisicamente incapacitantes quanto às áreas visual, auditiva, de mastigação e de discurso (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da amostra relativamente ao índice de incapacidade física

<b>Vê bem</b>	<i>N</i>
Sim	44
Com dificuldade	31
Não consegue ver nada	0
<b>Ouve bem</b>	
Sim	36
Com dificuldade	39
Não consegue ouvir nada	0
<b>Dificuldade em mastigar</b>	
Sem dificuldade	52
Alguma	23
Incapaz de mastigar	0
<b>Problemas de fala/linguagem</b>	
Sem dificuldade	62
Alguma	13
Dificuldade considerável	0

Quanto ao índice da *área funcional/instrumental*, referentes a actividades de vida diária, no presente estudo a pontuação variou entre 0 e 19 pontos. A média obtida foi de 4.80 (*DP*=5.53). Nesta dimensão, foram mais as pessoas (37.3%) que referiram não precisar de qualquer ajuda para concretizar as suas tarefas.

No índice de *mobilidade*, a pontuação variou entre 0 e 28 pontos e obteve-se um média de 4.28 (*DP*=6.10). Isto significa que a maioria das pessoas apresentou valores coincidentes com ausência de dificuldades de mobilidade.

Relativamente ao índice das *actividades de cuidados pessoais*, os valores variaram entre 0 e 13. A média obtida foi de 0.85 (*DP*=2.74). Isto significa que a maioria das pessoas mantém preservadas as capacidades de auto-cuidado.

No índice do *controlo esfíncteriano*, a amplitude das respostas foi entre 0 e 12 pontos, com a média de 1.84 (*DP*=3.01), o que revela que a maioria dos participantes mantém um bom controlo esfíncteriano.

Quanto ao índice de *incapacidade global*, verificou-se uma variação entre 0 e 61 pontos, com média de 11.87 (*DP*=13.56). Considerando a totalidade das respostas foi possível verificar que não houve nenhum sujeito nesta amostra com um valor de incapacidade superior a 62 pontos. Isto significa que na globalidade os idosos não apresentavam um nível marcado de incapacidade (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Síntese das pontuações obtidas no EASYcare (Sousa & Figueiredo, 2000)

<b>Dimensões</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Amplitude das respostas obtidas (min-max)</b>	<b>Amplitude de resposta possível (min-max)</b>
Área Funcional/Instrumental	4.80 (5.53)	0-19	0-23
Mobilidade	4.28 (6.10)	0 – 28	0-41
Actividades de Cuidados Pessoais	.85 (2.74)	0 – 13	0-19
Controlo Esfíncteriano	1.84 (3.01)	0 – 12	0-17
Incapacidade Global	11.87 (13.56)	0 – 61	0-100

#### 4.1.3 - Caracterização das Patologias Orgânicas

Da amostra final, 72 pessoas referiram apresentar algum tipo de problema de saúde crónico do tipo não psiquiátrico. Com a confirmação dos registos médicos, constatou-se que as doenças osteoarticulares eram as mais frequentes (*N*=49), sendo seguidas das

doenças gastrointestinais e cardiovasculares entre outras. Com menor frequência estavam as doenças cutâneas ( $N=1$ ) (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra relativamente aos problemas de saúde não psiquiátricos

<b>Problemas de saúde não psiquiátrica</b>	<b>N</b>
Doenças osteoarticulares	49
Doenças gastrointestinais	30
Doenças cardiovasculares	49
Doenças génito-urinais	16
Doenças endócrinas	11
Doenças do aparelho respiratório	5
Neoplasias	4
Doenças cutâneas	1

Destas pessoas, 38 foram sujeitas a pelo menos um internamento hospitalar (25 para cirurgias e 13 devido a complicações médicas).

#### *4.1.4 - Caracterização da Qualidade de Vida Percebida pelo Idoso*

Relativamente à pontuação no índice da *qualidade de vida percebida pelo sujeito*, a pontuação variou entre 8 e 14 pontos, obtendo-se uma média de 10.47 ( $DP=1.49$ ). Isto significa que os idosos percepcionavam como baixa a sua qualidade de vida, baseando-se nos conceitos de saúde, solidão e habitação (cf. Tabela 11).

Quanto ao modo como consideravam a sua saúde, as respostas foram repartidas entre as opções de razoável e de fraca. Quanto ao sentimento de solidão, verificou-se em 58 dos casos. Na amostra final, apenas uma pessoa considerou a sua habitação como sendo fraca (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da amostra relativamente ao índice da qualidade de vida percebida

<b>Saúde</b>	<i>N</i>
Excelente	0
Muito boa	1
Boa	4
Razoável	39
Fraca	31
<b>Sente-se sozinho</b>	
Nunca	3
Raramente	14
Algumas vezes	26
Frequentemente	27
Sempre	5
<b>Habitação</b>	
Excelente	3
Muito boa	19
Boa	36
Razoável	16
Fraca	1

#### 4.1.5 - Caracterização da Depressão

Relativamente à depressão, obteve-se uma média de 22.01 ( $DP=5.95$ ) e verificou-se que em 93.4% dos casos os idosos estavam ligeira ou gravemente deprimidos. O valor total desta escala variou numa amplitude de 5 a 30 pontos, com a moda de 26. A amostra apresentou depressão grave em 66.7% dos casos (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição da amostra relativamente ao índice de depressão geriátrica

<b>Depressão</b>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ausência de depressão	5	6.7
Depressão ligeira	20	26.7
Depressão grave	50	66.7

#### 4.1.6 - Caracterização da Ideação Suicida no Idoso

Quanto à pontuação da ideação suicida, as respostas variaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 129 pontos, tendo-se obtido uma média de 41.96 pontos ( $DP=36.38$ ), e moda de 36 pontos. Estes dados exprimem a grande variabilidade de pontuações totais obtidas (cf. Tabela 13).

Tomando como referência o valor de 41 pontos, apresentado como o valor limite a partir do qual existe potencial risco de suicídio (Reynolds, 1999, cit in. Almeida, 2000), nesta amostra 40% ( $N=30$ ) dos idosos situavam-se acima deste ponto de corte.

Tabela 13 - Média e amplitudes de resposta ao Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999)

Dimensões	Média (dp)	Amplitude das respostas obtidas (min-max)	Amplitude de resposta possível (min-max)
Ideação Suicida	41.96 (36.38)	0 – 129	0-180

Realizando uma análise mais detalhada sobre as respostas ao *Questionário de Ideação Suicida* (Ferreira & Castela, 1999), verificou-se a seguinte distribuição de médias (cf. Tabela 14 e cf. Tabela 15).

Tabela 14 - Média mais altas nas resposta ao QIS, isto é pensamentos mais frequentes

Item	Questão	M	DP
6	Pensei na morte.	3.03	1.73
5	Pensei em pessoas a morrerem.	2.75	1.65
12	Desejei estar morto(a).	2.41	1.85
22	Pensei que a vida não valia a pena.	2.39	1.81
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.	2.35	1.83
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	1.92	1.81
17	Desejei nunca ter nascido.	1.81	1.83

Tabela 15 - Média mais baixas nas resposta ao QIS, isto é pensamentos menos frequentes

Item	Questão	M	DP
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	.39	1.14
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	.33	.96
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.	.24	.85
8	Pensei em escrever um testamento.	.24	.69

Foi também recolhida informação da existência de antecedentes de suicídio na família e na sua comunidade. Na amostra final, 16% ( $N=12$ ) dos idosos mencionaram ter conhecimento de comportamento de suicídio na sua família. E em 17.3% ( $N=13$ ) existiam casos de suicídio também na comunidade (cf. Tabela 16).

Além disso, 37.3% ( $N=28$ ) revelaram que já tinham tentado um comportamento suicidário, e destes 14.7% ( $N=11$ ), tinham tentado há menos de 2 anos. Intoxicação medicamentosa foi o método mais utilizado (18.7%).

Tabela 16 - Antecedentes de suicídio na família e na comunidade

Antecedente de suicídio na família		Antecedente de suicídio na comunidade	
Sim	Não	Sim	Não
12	63	13	62

## 4.2 - Análise Correlacional

### 4.2.1 - Relação entre Depressão e Ideação Suicida

Verificou-se a existência de uma correlação significativa entre a dimensão da depressão e ideação suicida na amostra final ( $r_s = .71$ ,  $p < .001$ ). O que significa que associado a um aumento do valor da depressão, estava também associado um aumento da ideação suicida.

Recorrendo a um método de selecção de casos da amostra, extraíram-se pequenos grupos (grupo etário, género, estado civil, grau de depressão e área de residência) para os quais se pretendeu perceber a relação existente entre a depressão e a ideação suicida.

Assim, no estudo desta correlação para os grupos etários, foi possível verificar que existia uma correlação significativa, no caso do grupo dos idosos com idades entre os 65 e os 74 anos ( $r_s = .69$ ,  $p < .001$ ), bem como no grupo etário entre os 75 e os 84 anos ( $r_s = .78$ ,  $p < .001$ )<sup>4</sup>. Deste modo, para ambos os grupos, verificou-se que quanto maior o valor de depressão, maior era a ideação suicida.

<sup>4</sup> Não foi possível estudar e consequentemente apresentar os dados da correlação para o grupo etário dos muito idosos, devido à reduzida dimensão deste grupo ( $N=4$ ).

Verificou-se também que esta correlação estava presente para ambos os sexos (masculino:  $r_s = .61, p = .012$ ; feminino:  $r_s = .59, p < .001$ ).

Estudando a mesma correlação nos diferentes estados civis, encontrou-se uma correlação significativa nos viúvos, ( $r_s = .51, p = .02$ ), assim como nos idosos casados ( $r_s = .68, p < .001$ ).<sup>5</sup>

Para os diferentes graus de depressão, o que se encontrou foi, de que havia correlação positiva significativa apenas nos idosos com nível de depressão grave ( $r_s = .48, p < .001$ ).

#### 4.2.2 - Relação entre Depressão e Qualidade de Vida

Estudando a relação entre a depressão e qualidade de vida percebida pelos idosos, encontrou-se uma correlação bastante significativa ( $r_s = .50, p < .001$ ). Isto significa que associado a um aumento do valor da depressão havia um aumento do valor da pontuação de qualidade de vida, significando baixa qualidade de vida.

#### 4.2.3 - Relação entre Depressão e Incapacidade Global

Relativamente ao índice do EASYcare (Sousa & Figueiredo, 2000), encontrou-se uma correlação positiva significativa entre a depressão e a área *funcional/instrumental* ( $r = .23, p = .043$ ). Isto significa que associado a um valor elevado de depressão havia uma maior incapacidade para o desempenho das suas actividades de vida diárias. Com a dimensão da incapacidade global, não foi encontrada correlação ( $r_s = .07, ns$ ).

As correlações encontradas verificaram-se para a amostra total, embora não se tenham corroborado ao nível dos diferentes níveis de depressão.

#### 4.2.4 - Relação entre Ideação Suicida e Qualidade de Vida

Obteve-se uma correlação positiva significativa entre a dimensão da ideação suicida com a qualidade de vida percebida pelos idosos ( $r_s = .40, p < .001$ ). Isto significa que associada a um valor alto de ideação suicida existia uma percepção de baixa qualidade de vida, ou vice-versa.

---

<sup>5</sup> Para o estado civil não foi possível realizar mais estudos e consequentemente apresentar os dados de possíveis correlações, porque o número de participantes é reduzido nos restantes tipos de estados civis.

Tal como se verifica na generalidade dos estudos, a população idosa em Portugal tem uma percentagem superior de mulheres (INE, 2002; Carrilho & Patrício, 2009). No que respeita à amostra final do presente estudo, mais de dois terços (78.7%) foram do sexo feminino. Isto implica naturalmente limitações nas inferências e generalizações dos resultados finais.

A maioria dos participantes neste estudo consistia em idosos casados e com baixas habilitações literárias (apenas instrução primária).

Constatou-se que a amostra deste estudo foi constituída por idosos reformados, na sua grande maioria sem actividades de lazer ou ocupação. Estes factos associam-se frequentemente à existência de menores redes de apoio social, favorecendo o isolamento e o conseqüente sofrimento psicológico e psicopatologia associada. É de salientar, no entanto, que a maioria dos participantes morava com pelo menos um familiar (77.3%), sendo que destes, 62.1% viviam apenas com o seu cônjuge.

Relativamente à incapacidade física, os idosos que fizeram parte deste estudo não revelaram ao nível da visão, audição, mastigação e discurso, limitações significativas que lhes pudessem causar limitações no seu dia-a-dia. O mesmo se pode dizer do índice de incapacidade global, mostrando nos idosos autonomia e capacidade para realização das suas actividades de vida diárias.

Relativamente às patologias orgânicas referidas pelos idosos desta amostra, grande parte apresentou problemas crónicos do tipo não psiquiátricos, sendo as doenças osteoarticulares as mais frequentes. Estas estavam, por sua vez, ligadas a alguma situação de dor, desconforto, incapacidade e até perda de mobilidade e autonomia.

Relativamente à questão mais subjectiva abordada neste estudo, a qualidade de vida percebida pelos idosos, salientam-se os resultados correspondentes a uma baixa percepção da mesma. Neste índice engloba-se a avaliação do estado de saúde, solidão e habitação. Pode-se assim dizer que estes níveis estavam bastante fragilizados.

Assim, também não será de estranhar que os valores encontrados para a depressão tenham sido elevados, apresentando a maioria dos idosos níveis de depressão grave.

Como se verificou noutros estudos a depressão assume uma importância relevante neste sector etário, sendo referida como o grande motivo de sofrimento psicológico, aparecendo como a perturbação psiquiátrica mais comum nesta população (Conwell, Duberstein, & Caire, 2002; Marques & Firmino, 2003; Marques & Ramalheira, 2006). Além disso, está frequentemente associada a perda de autonomia, como resultado de incapacidade, e de agravamento dos quadros patológicos pré-existentes (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005).

Os estados depressivos são muito frequentes na velhice e podem levar ao suicídio, cuja frequência é maior nas pessoas com mais de 65 anos de idade (Cohen, Llorente, & Eisdorfer, 1998; Fontaine, 2000; Saraiva, 2003; Costa, 2005; Marques & Ramalheira, 2006).

Relativamente à ideação suicida, verificou-se que 40% dos idosos estavam acima dos valores médios considerados de risco, tomando como referência o ponto de corte de 41 pontos, apresentado por Reynolds (1999). Os idosos revelavam cognições recentes e frequentes sobre morte, desespero, tristeza, inutilidade e sofrimento.

Também é de salientar, o número de idosos que referiu ter tido uma tentativa de suicídio recente (37.3%).

No presente estudo verificou-se a existência de uma correlação significativa entre a dimensão da depressão e ideação suicida, em ambos os sexos. Isto significa que, associado a um aumento do valor da depressão estava também associado um aumento da ideação suicida, o que vai ao encontro do estudo transversal realizado por Awata e seus colaboradores (2005).

Da análise desta associação, verificou-se que era positiva e estatisticamente significativa, relativamente, aos participantes idosos com nível de depressão grave, corroborando-se no grupo dos idosos dos 65 aos 74 anos, no grupo dos 75 aos 84 anos, bem como nos casados e viúvos. Estes achados confirmam-se no estudo de Awata e colaboradores, (2005).

Ao perceber que um aspecto que influencia o risco de suicídio é ter pensamentos e cognições de autodestruição, isto é, apresentar ideação suicida, como refere Ferreira e Castela (1999), então faz sentido a sua identificação precoce, levando a melhores resultados ao nível do encaminhamento e posterior intervenção.

Como referem Sousa, Galante, e Figueiredo, (2003), as questões de dependência-autonomia têm sido associadas à questão da qualidade de vida na pessoa idosa. Este conceito é por sua vez multidimensional e muito subjectivo, mas percebe-se que a

mobilidade e autonomia são aspectos importantes para uma melhor percepção da sua qualidade de vida, assim como o estado do humor.

No presente estudo foram encontradas diferenças ao nível da depressão do idoso, para género e estado civil que corroboram o risco acrescido desta patologia após os 65 anos, como salientam Marques e Firmino no seu estudo de revisão, ao sugerirem que a depressão parece ser mais frequente na mulher e sendo factor protector ser casado.

Outro achado corroborado pelo presente estudo é o facto de várias doenças, algumas relativamente comuns, estarem associadas à depressão como as reumatológicas e de maneira geral as situações crónicas e dolorosas, que determinam incapacidade funcional.

Neste estudo encontrou-se ainda uma relação positiva entre a depressão e a qualidade de vida percebida pelos idosos, sendo tanto pior quanto mais deprimido. Este facto vai de encontro aos resultados do estudo transversal de Fleck e seus colaboradores (2002), que mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com uma pior qualidade de vida, sendo que os indivíduos com maior intensidade de sintomatologia depressiva avaliam a sua saúde como pior.

Além disso, verificou-se uma correlação positiva entre a depressão e a área funcional/instrumental, o que mostra a sua estreita relação. Esta associação entre a depressão e a dificuldade em desempenhar as actividades de vida diárias, foi também percebida por Gusmão e seus colaboradores (2005).

Considerando os propósitos deste estudo, ao nível do primeiro objectivo, os idosos com idade igual ou superior a 65 anos, sem défices cognitivos, que recorreram pela primeira vez à consulta de Gerontopsiquiatria do Hospital S. João do Porto, E.P.E., foram em relação ao género, na sua maioria mulheres.

Nesta amostra de idosos, a maioria apresentou a instrução primária completa e em relação ao estado civil eram casados. Verificou-se que eram todos reformados, a maioria a viver com os seus familiares, e sem actividade de lazer/ocupação.

Relativamente à incapacidade física, não se verificaram limitações físicas, do tipo incapacitante nas áreas da visão, audição, de mastigação e linguagem. Este facto pode dever-se à triagem a que este grupo foi sujeito, isto é, só participou neste estudo os indivíduos sem defeito cognitivo, e sem problemas graves de audição.

Quanto à incapacidade global, a amostra deste estudo revelou ser autónoma e com capacidade para desempenhar as suas actividades de vida diárias, sem necessitar de muito apoio.

Relativamente à patologia orgânica, salienta-se que as doenças osteoarticulares foram as mais comuns neste grupo de idosos. Sendo de referir que as mesmas apresentam associadas uma componente crónica, dolorosa e podendo ser relativamente incapacitante.

Quanto às variáveis psicológicas, salienta-se que ao nível da qualidade de vida os idosos percebem-na como baixa. Consideram a sua saúde como fraca e sentem-se frequentemente sozinhos.

Verificou-se que ao nível da depressão a maioria dos idosos revelou depressão grave e apresentaram valores de ideação suicida, considerados acima do valor limite a partir do qual existe potencial risco de suicídio.

Relativamente ao estudo correlacional, que diz respeito ao segundo objectivo deste estudo, a explorar da relação entre depressão e ideação suicida, mostrou uma associação bastante significativa assim como entre a depressão e a incapacidade funcional.

A consolidação da relação entre estas variáveis estudadas, nomeadamente entre a patologia depressiva associada e/ou ideação suicida, pode vir a mostrar-se importante, não apenas numa perspectiva preventiva em geral, como em particular, na melhoria da prestação de cuidados de saúde mental.

O conhecimento dos factores considerados de risco para o comportamento suicida, possibilita que o clínico esteja mais sensível e que os detecte mais precocemente, ou mesmo que possibilite o delineamento de estratégias preventivas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção.

Com o envelhecimento progressivo da população portuguesa, urge reconhecer e estudar as consequências que dele resultam, com o intuito de encontrar soluções adequadas para os problemas que se podem antecipar.

O suicídio é frequentemente relacionado com as perturbações do humor depressivo, e, estas constituem as patologias tratáveis mais comuns entre as pessoas idosas que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde. Logo, muitas mortes por suicídio podem ser, potencialmente, evitadas se o sistema de saúde desenvolver com eficácia a sua acção preventiva. A redução das taxas de suicídio é um objectivo importante na agenda de qualquer plano nacional de saúde e particularmente relevante quando direccionado para a população idosa.

Posto isto, considera-se que a prevenção do suicídio é uma meta realística, e os governos mundiais deveriam unir esforços para encontrarem soluções para este problema de saúde pública crescente. Será pois necessário identificar quais as causas, psicossociais, culturais e ambientais do suicídio e proteger os grupos da sua comunidade indicados como mais vulneráveis.

- Afonso, P. (2004). *Depressão - Muitas Perguntas Algumas Respostas*. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.
- Almeida, A. (2000). Efeito de Werther. *Análise Psicológica, 1 (XVIII)*, 37-51.
- American Psychiatric Association: APA (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, D. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing, 30*, 13-17.
- Awata, S., Seki, T., Koizumi, Y., Sato, S., Hozawa, A., Omori, K., et al. (2005). Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: a community-based, cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Neuroscience, 59(3)*, 327-36.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In A., Mendonça & M., Guerreiro. *Escalas e Testes na Demência*. (pp. 58-59). (2ª Edição). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Beautrais, A. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in old adults. *Suicide and life - Threatening Behavior, 32*, 1-9.
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos Resultados Preliminares. *Saúde em Números, 16(1)*, 12. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J., & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer – Original. *Revista de Neurologia*, 28 (7), 648-655.
- Caldas, A., C. (2010). Prefácio. In L., Cunha, I., Santana, M., Guerreiro, H., Firmino, A., Almeida & S., Reis. *Recomendações terapêuticas para o tratamento da demência*. (pp. 3). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Campos, M., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos N.º 32*. (pp. 81-106). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Carrilho, M. & Patrício, L. (2004). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos N.º 34*. (pp.127-153). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Carrilho, M. & Patrício, L. (2009). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos, N.º 46*. (pp. 59-98). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Chamberlain, P., Goldney, R., Delfabbro, P., Gill, T., & Dal Grande, L. (2009). Suicidal Ideation. The Clinical Utility of the K10. *Crisis*, 30 (1), 39-42.
- Cohen, D., Llorente, M., & Eisdorfer, C. (1998). Homicide-suicide in older persons. *American Journal of Psychiatry*, 115(3): 390-396.
- Conwell, Y., Duberstein, P., & Caine, E. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Costa, J., & Melo, A. (Eds). (1994). *Dicionário da Língua Portuguesa*. (7ª. Edição revista e ampliada). Porto: Porto Editora.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos Portugueses. In C., Paul & A. M., Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 157-176). Lisboa: Climepsi Editores.

- Cunha, L., Santana, I., Guerreiro, M., Firmino, H., Almeida, A. & Reis, S. (2010). *Recomendações terapêuticas para o tratamento da demência*. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Durkheim, É. (2005). *O Suicídio*. São Paulo: Martin Claret.
- D'Hainaut, L. (1997). *Conceitos e métodos de estatística* (Vol I, 2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- De Renzi, E., & Vignolo, L. (1962) The Token Test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665-678.
- Faria, L., & Marinho, C. (2003). Perspectivas sobre o envelhecimento: actividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos. In A., Fonseca. *Revista de Psiquiatria: Faculdade de Medicina do Porto, III (XXIV)*, 51-69.
- Feldman, R. (2001). Investigação em psicologia. In R., Feldman. *Compreender a psicologia* (pp. 32-60). Lisboa: McGraw-Hill.
- Fernandes, L. (s.d.). *O que é a Doença de Alzheimer*. Acedido a 24 de Fevereiro de 2010 em <http://www.apgerontopsiquiatria.com/>
- Fernandes, L. (1999). A Depressão no Idoso. In *Bipolar – Revista da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco-Depressivos, III (14)*, 3-5.
- Fernandes, L. (2008). Aspectos Éticos e Legais nos Estados Avançados de Demência. *Actas Médicas Portuguesas*, 21, 65-72.

- Fernandes, L., Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L., et al. (2009). Validation Study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 121 (1), 94-102.
- Ferreira, V. (2001). *Escrever*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M., Simões, M., Gonçalves & L., Almeida (Eds.). (1999). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. 2, 123-130. Braga: APPORT/SHO.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-7.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2000). *Guia de utilização do EASYcare, alguns aspectos fundamentais a considerar*. Aveiro: Universidade de Aveiro (documento policopiado elaborado no âmbito do Projecto GATT).
- Findlay, R. & Cartwright, C. (2002). *Social Isolation & Older People: a literature review*. Australasian Centre on Ageing. The University of Queensland.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-83.
- Fleck, M., Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V., & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 431-438.
- Folstein, M., F., Folstein, S., E., & McHugh, P., R. (1975). Mini-mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Garcia-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Paralleda, M., Bousonô, M., & Bobes, J. (2009). *Banco de Instrumentos Básicos para a Prática da Psiquiatria Clínica*. Tradução e adaptação para língua portuguesa dos conteúdos científicos: Medtools. Lisboa: Ars Medica.
- Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Eurostat Statistics in focus*, 72, 1-12.
- Gonçalves, C. & Carrilho, M. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos N.º 40*. (pp.21-38). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos Portugueses através da continuação de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 137-143.
- Guerreiro, M., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do «Mini-Mental State Examination» (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3 (1), 9-10.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (2008). Avaliação Breve do Estado Mental. In A., Mendonça & M., Guerreiro. *Escalas e Testes na Demência*. (pp. 33-39). (2ª Edição). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Guerreiro, M. (1998). *Contributos da Neuropsicologia para o estudo das demências*. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.

- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática - perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). População e Envelhecimento. *Mulheres e homens em Portugal nos anos 90*. (pp.13-24). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002a). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, Nº.32. (pp.185-208). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *Estimativas Anuais da população Residente*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009a). *Projeções de população residente em Portugal: 2008-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Institute for Family Policies. (2009). *Report on the family in Europe 2009*. Geneva.
- Ismail, Z. & Shulman, K. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência. In L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds), *Psicogeriatría*. (pp.513-530). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Johnson, D., Storandt, M., & Balota, D. (2003). Discourse Analysis of Logical Memory Recall in Normal Aging and in Dementia of the Alzheimer Type. *Neuropsychology*, 17(1), 82–92.
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica: Estudos de Casos e Instrumentos*. Lisboa: Lidel.

- Marques, L., & Firmino, H. (2003). Depressão e comportamentos suicidários no idoso. In Vaz Serra, A. (Coord.). *Medicina: Temas Actuais - Depressão* (pp. 133-162). Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan Eds.
- Marques, L., & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds), *Psicogeriatría*. (pp.233-244). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual de Avaliação da Disfunção Cognitiva na Esquizofrenia*. 1ª Edição. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- Martín, M. (2006). El envejecimiento desde la perspectiva psicológica. In L., Ortiz, J., Ballesteros & M. Carrasco. *Psiquiatria Geriátrica* (pp.25-80). 2ª Edición. Barcelona: Masson.
- Mendonça Lima, C. (2001). *Suicídio na pessoa idosa: perspectivas europeias*. Genebra: World Health Organization.
- Ministério da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). Saúde Mental em Portugal. *Boletim Informativo N.º 1*. Abril. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Monk, A. (2000). The influence of isolation on stress and suicide in rural areas: An international comparison. *Rural Society*, 10(3), 393-403.
- Nunes, B., Cruz, V., Pais, J., Mateus, A., Silva, R., & Costa e Silva, M. (2004). Rastreamento populacional de demência e defeito cognitivo ligeiro nos concelhos de Matosinhos e de Arouca – populações e métodos do estudo piloto. *Sinapse*, 4 (1), 26-35.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso: temas complementares*. Porto: Livpsic.

- Oliveira, J. (2008a). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 3ª Edição. Porto: Livpsic.
- OMS: Organização Mundial de Saúde. 2000. *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais de Saúde em Atenção Primária*. Organização Mundial de Saúde. Genebra.
- Ortiz, A., & Fernández, S. (2006). Suicídio. In L. Ortiz, J. Ballesteros, & M. Carrasco, *Psiquiatria Geriátrica* (pp.444-462). 2ª Edición. Barcelona: Masson.
- Paradela, E., Lourenço, R., & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 3 (6), 918-923.
- Parkes, C. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). Apresentação. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 15-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearson, J., & Brown, G. (2000). Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. *Clinical and Psychological Review*, 20 (6), 685-705.
- Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D. (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidiologia.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 4.ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo.

- Piccoloto, N., Wainer, R., Benvegnú, L., & Juruena, M. (2001). Revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27 (2).
- Reynolds W. (1988). Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebek, P. (2001). Life events and psychological factors, in elderly suicide – a case – control study. *Psychological Medicine*, 31, 1193-1202.
- Saraiva, C. (1999). Para-Suicídio. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. (2003) Depressão e Suicídio. In. Vaz Serra. A. (Coord.). *Medicina: Temas Actuais - Depressão* (pp. 119-131). Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan Eds.
- Saraiva, C. (2006) *Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Shulman K., Shedletsky R., & Silver I. (1986). The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 1, 135-140.
- Silva, D., Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2009). A Prova do Desenho do Relógio: notas históricas seguidas de alguns exemplos. In Sociedade Portuguesa de Neurologia, *Sinapse*, 9 (2), 52-57
- Smith J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *European Review*; 9, 461-77.
- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*, 25, 19-24.

- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000a). *EASYCare - Um instrumento de avaliação da qualidade de vida do idoso: Guia de utilização do EASYCare e alguns aspectos fundamentais a considerar.*
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D., (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-71.
- Spar, J., & Rue, A. (2005), *Guia prático de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21, 183-202.
- Taylor, A., Dal Grande, E., Gill, T., Fisher, L., & Goldney, R. (2007). Detecting determinants of suicidal ideation: South Australian surveillance system results. *International Journal of Public Health*, 52, 142-152.
- União Europeia (2008). Conferência Europeia de Alto Nível - “Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar”: Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (versão portuguesa).
- Vaz Serra, A. (2003). Prefácio. In A., Vaz Serra, (Coord.). *Medicina: Temas Actuais - Depressão*. Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-52.
- WHO: World Health Organization. (1999). *Figures and facts about suicide*. Geneva.
- WHO: World Health Organization. (2003). *The World Health Report, 2003: Shaping the Future*. Geneva.

WHO: World Health Organization. (2008). *World Suicide Prevention Day 2008. Around one million people die each year by suicide*. Geneva.

WHO: World Health Organization. (2009). *World Suicide Prevention Day 2009. Suicide prevention in different cultures*. Geneva.

Worden, J. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Yesavage J., Brink T., Lum O., Huang V., Adey M., & Leirer O. (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.