



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
Ano 2015

**Andreia Tavares  
Concepcion**

**DEPRESSÃO E IDEIAÇÃO SUICIDA NO  
IDOSO INSTITUCIONALIZADO E NÃO  
INSTITUCIONALIZADO**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
Ano 2015

**Andreia Tavares  
Concepcion**

**DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA NO  
IDOSO INSTITUCIONALIZADO E NÃO  
INSTITUCIONALIZADO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a dois homens da minha vida, que amo incondicionalmente e que infelizmente já não se encontram comigo: o Charles e o Manuel – pai e avô.

## **o júri**

presidente

**Professora Doutora Sandra Cristina de Oliveira Soares**  
Professora auxiliar da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Margarida de Melo Cerqueira**  
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

**Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Ao meu melhor amigo, companheiro de vida e namorado Hugo, pelo seu apoio incansável e por tudo nestes doze anos de partilha.

À minha mãe e à minha avó Natália, porque sem elas não seria possível!

À minha querida Matilde, que só ela me poderia dar o amor incondicional, verdadeiro e inexplicável, preenchendo os meus dias de alegria, como só um animal pode dar.

Aos meus amigos pelo apoio, carinho, força e incentivo, principalmente nos dias de desalento.

A todos os idosos que gentilmente e de forma tão sincera se disponibilizaram a partilhar comigo experiências de vida cheias de tanta emoção e riqueza.

À Professora Doutora Sara Monteiro, pelo apoio e disponibilidade demonstradas ao longo deste percurso.

Agradeço às instituições que permitiram o contato com os seus idosos para o desenvolvimento deste trabalho.

Um agradecimento especial, aos idosos que convivo diariamente no meu trabalho, que me oferecem tanto com o seu sorriso, carinho e força de viver, revelando-se num exemplo de vida e coragem, e também a todos aqueles que por fatalidade do destino já partiram, mas que de alguma forma marcaram a minha vida no tempo que passamos juntos.

A todos eles um agradecimento muito sentido e sincero por existirem na minha vida.

**palavras-chave**

Depressão; ideação; suicídio; idoso; institucionalização.

**resumo**

O crescente aumento da população idosa tem-se revelado numa preocupação atual devido ao seu aumento exponencial nas sociedades. Os transtornos mentais a nível mundial, também eles têm apresentado um aumento significativo, como tal a depressão tem-se revelado no transtorno mental mais evidente na população idosa, acarretando como consequências mais grave o suicídio. O presente estudo teve como objetivo estabelecer a comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, no que se refere à depressão, ideação suicida e o impacto de eventos traumáticos no bem-estar do idoso e a relação entre as diferentes dimensões. Para tal foi recolhida uma amostra no concelho de Vagos, no total de 121 idosos, dos quais 65 institucionalizados e os restantes 56 não institucionalizados, com proporções similares entre os géneros. Como instrumentos, recorreu-se à Escala de Depressão Geriátrica, “A Life Events Checklist” (LAV) e à Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária. Os resultados mostram que os idosos institucionalizados não apresentam mais depressão e mais ideação suicida face aos não institucionalizados. Os idosos com mais depressão apresentam mais ideação suicida. Uma melhor percepção do estado de saúde, bem como um menor sentimento de solidão, revelam menos depressão e menos ideação suicida nos idosos estudados. Os dados parecem indicar que a institucionalização não se relaciona estatisticamente com a depressão e a ideação suicida.

**keywords**

Depression; suicidal ideation; elderly; institutionalized.

**abstract**

The increasing elderly population has proven to be a current concern due to the exponential increase in societies. Mental disorders have also shown a significant increase worldwide. Depression has proven to be the most obvious mental disorder in the elderly, leading to more serious consequences suicide. This study aimed to establish the comparison between the institutionalized elderly and non-institutionalized, with regard to depression, suicidal ideation and the impact of traumatic events in the elderly welfare and the relationship between different dimensions. For such a sample was collected in the municipality of Vagos, totaling 121 elderly, of which 65 are institutionalized and the remaining 56 non-institutionalized, with similar proportions between the sexes. As instruments, appealed to the Geriatric Depression Scale, "A Life Events Checklist" (LAV) and Torga scale of Intent and suicidal ideation. The results show that institutionalized elderly have no more depression and suicidal ideation compared to non-institutionalized. Elderly patients over more depression have suicidal ideation. A better perception of health status as well as a lower sense of loneliness, show less depression and less suicidal ideation in the elderly studied. The data seem to indicate that institutionalization is not related statistically with depression and suicidal ideation.

**palabras Clave**

Depresión; ideación; el suicidio; ancianos; institucionalización

**resumen**

La población de edad avanzada creciente ha demostrado ser una preocupación actual debido al aumento exponencial en las sociedades. Los trastornos mentales en todo el mundo, también han mostrado un aumento significativo, como tal la depresión ha demostrado ser el trastorno mental más evidente en los ancianos, dando lugar a consecuencias más graves como es lo suicidio. Este estudio tuvo como objetivo establecer la comparación entre los ancianos institucionalizados y no institucionalizados, con respecto a la depresión, ideación suicida y al impacto de eventos traumáticos en el bienestar de los ancianos y la relación entre las diferentes dimensiones. Para tal muestra fue recogida en el municipio de Vagos, por un total de 121 ancianos, de los cuales 65 son institucionalizados y los restantes 56 no institucionalizados, con proporciones similares entre los sexos. Como instrumentos, solíamos la Escala de Depresión Geriátrica, "Lista de verificación Eventos de la vida" (LAV) y la escala Torga de Intención y la ideación suicida. Los resultados muestran que los ancianos institucionalizados no tienen más depresión y ni más ideación suicida en comparación con los no institucionalizados. Los pacientes con más depresión tienen más ideación suicida. Una mejor percepción del estado de salud, así como un sentido más bajo de la soledad, muestran menos depresión y menos ideación suicida en los ancianos estudiados. Los datos parecen indicar que la institucionalización no se relaciona estadísticamente con la depresión y con la ideación suicida.



## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Método .....</b>	<b>9</b>
Caracterização da Amostra .....	9
Instrumentos de Avaliação .....	11
Questionário Sociodemográfico.....	11
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.....	12
Lista de Acontecimentos de Vida.....	13
Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária.....	13
Procedimentos .....	14
<b>Resultados.....</b>	<b>15</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>20</b>
<b>Referências.....</b>	<b>22</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>26</b>
Pedido de Autorização.....	27
Protocolo .....	28
Questionário Sociodemográfico.....	29
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.....	30
Lista de Acontecimentos de Vida.....	31
Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária.....	32

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caracterização da amostra .....	10
<b>Tabela 2.</b> Auto avaliação da saúde e solidão.....	15
<b>Tabela 3.</b> Diferenças entre os dois grupos de idosos .....	16
<b>Tabela 4.</b> Correlação entre as variáveis em estudo .....	16
<b>Tabela 5.</b> Correlação entre as dimensões em estudo.....	17

## **Lista de Siglas**

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSPT – Perturbação de Stress Pós Traumático

INE – Instituto Nacional de Estatística

CID - Classificação Internacional de Doenças

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DGS – Direção Geral da Saúde

## Introdução

O século XXI é claramente marcado pelos avanços tecnológicos e científicos que se fazem sentir, contudo e quase paradoxalmente, é também o século dos idosos. O crescente aumento da população idosa mundial tem-se revelado numa problemática cada vez mais atual. O seu aumento exponencial, rápido e dramático, revela-se numa preocupação, também ela crescente nas mais diversas sociedades, despertando o interesse político e científico nesta área. São vários os autores que referem tratar-se de um fenómeno similar em todo o ocidente (Birkeland, 2009; Greenglass et al., 2006 citados por Almeida e Quintão, 2012). Os contributos que parecem ser mais evidentes para esta problemática assentam nos fluxos migratórios que se fizeram sentir nestas últimas décadas, na diminuição da taxa de natalidade, associados a uma notória redução da taxa de mortalidade, bem com o efetivo aumento da esperança média de vida. Fatores que apresentam um impacto agravado no que se refere ao contexto social, económico, financeiro e demográfico (Netto, 2002). Esta problemática traduz-se no chamado envelhecimento duplo, ou seja, maior número de idosos e paralelamente menor número de jovens. Este fenómeno acarreta o comprometimento financeiro dos sistemas de proteção social (menos adultos ativos economicamente para um elevado número de idosos) e também o comprometimento das respostas sociais e familiares (a dependência dos idosos, embora cada vez mais tardia, obriga ao acolhimento e cuidados adequados) que se fazem sentir (Machado e Roldão, 2010).

A idade dos 65 anos é um marco representativo da chegada da reforma. Esta principal atribuição (nesta idade) prende-se com o declínio das capacidades físicas e mentais da pessoa humana. Contudo, cada vez mais é discutível e questionado esse “limite” na medida em que as pessoas chegadas aos 65 anos estão mais longe desse declínio, contrariamente ao que acontecia há umas décadas atrás. Pode referir-se que a velhice institucional - aquela que acontece com a reforma, deixa de se relacionar diretamente com a velhice objetiva (existência de perda efetiva das capacidades e autonomia) e com a velhice subjetiva - aquela que reflete a perceção do envelhecimento (Avramov e

Maskova, 2003). Em termos conceptuais, a introdução do conceito de “quarta idade” permitiu uma conceptualização mais específica neste campo, uma vez que a questão da dependência e vulnerabilidade associadas à velhice reflete-se cada vez mais tarde (Machado e Roldão, 2010).

A realidade Portuguesa é assustadora e não difere da restante população mundial. Dados de 2014 revelam um Índice de Envelhecimento de 141,3 com especial interesse o distrito de Aveiro com 140,3 (INE, 2015). Moniz (2003) já referia que por volta de 2020, 18,1% da população portuguesa corresponderia às pessoas com mais de 65 anos. Contudo e de acordo com os últimos dados de 2011 do INE (2012), estes revelam que cerca de 19,7% da população residente em Portugal tem 64 ou mais anos, valores que superam o esperado e que confirmam o aumento exponencial da população idosa.

Segundo os dados da OMS (2004), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais a nível mundial, prevendo-se que 1:4 pessoas, no decorrer da vida, venha a desenvolver transtornos a este nível. Cerca de 14% da carga mundial de morbilidade é atribuída aos transtornos mentais, que representam uma carga psicológica, social e económica para a sociedade, aumentando também o risco de desenvolvimento de doenças físicas. Neste sentido os transtornos mentais, nomeadamente as perturbações de humor afiguram-se como importantes na velhice, das quais se destaca a depressão (O'Brien et al, 2002).

A depressão é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, revelando-se o transtorno mental mais comum, afetando cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo. Prevê-se que em 2020 venha a ocupar o segundo lugar relativamente as causas incapacitantes (OMS, 2012). É comum na vida adulta, e em termos etiológicos trata-se de uma interação múltipla de causas orgânicas, ambientais e circunstanciais, falando-se ainda da questão genética, numa predisposição e precipitação biológica (Cavalgante et al., 2013; Pocinho, 2007; Teixeira, 2010). Está associada à má qualidade de vida, comprometimento funcional e por vezes à recusa terapêutica, promovendo uma degradação da saúde física, aumento do risco de morbilidade e mortalidade (Frade et al., 2015; Gallagher et al., 2013; Teng et al., 2013). Está contemplada no Programa

Nacional de Saúde das Pessoas Idosas (Sousa et al., 2010) como sendo um dos problemas mais comuns a prevenir, com uma reincidência nas pessoas de mais idade, estimada entre os 50% a 90% (Cavalgante et al., 2013). A depressão na pessoa idosa é incapacitante, afetando a componente psicossocial, mas também física, diminuindo a qualidade de vida da pessoa e conseqüentemente aumentando a mortalidade, incluindo a mortalidade por suicídio (Gustafson et al., 2013). A co morbidade múltipla (esta interação e associação) aumentam e agravam o risco de suicídio (Cavalgante et al., 2013), que no idoso com depressão é duas vezes superior (Schlösser, 2014).

A depressão de um modo geral apresenta como sintomas: persistência de humor triste; perturbações do padrão de sono; letargia e/ou fadiga; diminuição do apetite e conseqüentemente de peso; culpabilidade; incapacidade para a tomada de decisão e ainda alterações da libido/função sexual. No plano mais grave, os sintomas são os mesmos mas com maior intensidade, acrescentando-se a presença de planos, ideação ou mesmo tentativas de suicídio (Cavalgante et al., 2013; Wilkinson et al., 2005 citado por Almeida, 2011). Em termos conceptuais parece não existir um consenso relativo à depressão, contudo em Portugal as classificações mais usuais são a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5). No entanto, devido a vários fatores de complexidade na sua aplicação, surgiu a necessidade de recorrer a outros instrumentos psicométricos como é exemplo a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Sousa et al., 2010), permitindo um reconhecimento mais atempado, bem como o prognóstico de doenças associadas (Frade et al., 2015).

Este fenómeno implica mudanças dos padrões de doença e na frequência das incapacidades (Rebouças, 2006). Muitos dos sintomas patológicos que os idosos apresentam, são geralmente confundidos por profissionais, familiares e pelos próprios idosos. Assumem como manifestações normais do processo de envelhecimento, o que conduz a que a depressão seja muitas vezes sub diagnosticada e sub tratada (Sousa et al., 2010). Como resposta a esta lacuna têm surgido, por exemplo, Programas Psicoeducacionais, envolvendo equipas multidisciplinares, incluindo os idosos e familiares, com o intuito de desmistificar,

explicar melhor os sintomas associados à depressão e demências nas pessoas idosas, com vantagens a nível da prevenção de reincidência, bem como agravamento da doença. Dessa forma fomenta-se estilos de vida mais saudáveis que só apresentam vantagens (Gustafson et al., 2013).

De acordo com alguns dados estatísticos, em Portugal a realidade da depressão na população idosa espelha-se entre os 6% a 10% (Frade et al., 2015). Em relação aos géneros as diferenças não são significativas e as taxas são equitativas, no que diz respeito à depressão após os 65 anos de idade (Downing, 2013). Quanto à institucionalização, a taxa de depressão na pessoa idosa pode atingir valores de 30%, comparativamente aos 2% a 14% nos idosos que residem na comunidade (Siqueira et al., 2009). Tam e Chiu (2011) apontam valores mais elevados de depressão para idosos institucionalizados, com valores que se situam entre os 50% a 60%. Num estudo mais recente de Frade et al. (2015), os sintomas sugestivos de depressão grave eram mais frequentes nos idosos institucionalizados, com cerca de 40% face aos 13% dos idosos não institucionalizados.

O suicídio revela-se num “fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social” (DGS, 2013, p. 3). Em termos conceptuais os comportamentos suicidários podem ser definidos como:

**Ideação suicida.** Aquela que é descrita como um conjunto de pensamentos e cognições que fomentam a intenção de colocar um fim à própria vida. Os indivíduos que apresentam este tipo de comportamento de forma geral possuem planos (formulação de um método para acabar com a própria vida) e até desejos de cometer o suicídio. No entanto ainda não houve de forma recente uma tentativa aberta de suicídio (Botega, 2000 citado por Baptista, 2012; Cavalgante et al., 2013; Saraiva et al., 2006). As ideias suicidas representam um elevado risco futuro de tentativa de suicídio, havendo uma forte relação entre estas variáveis (Botega, et al., 2005 citado por Batista, 2012).

**Tentativa de suicídio.** Descrita como todo o ato ou gesto voltado para ferir, com intenção de matar, mas não fatal. Deste comportamento pode resultar um

ferimento ou a própria morte, passando-se assim para o plano do suicídio, respetivamente. (Batista, 2012; Cavalgante et al., 2013).

**Para-Suicídio.** Trata-se também de um comportamento que implica um ato não fatal, causado deliberadamente pelo próprio indivíduo, no entanto não habitual com o intuito de se atingir as mudanças que o sujeito deseja, sem intenção clara de morrer, como por exemplo a ingestão de substâncias (Oliveira et al., 2001 citado por Baptista, 2012).

**Suicídio.** Classicamente definido como todo o caso de autodestruição/morte deliberadamente. É comum recorrer-se à expressão suicídio consumado como forma de distinção entre as tentativas de suicídio quase fatais e o efetivo suicídio. (Durkheim, 1897 citado por Guerreiro e Sampaio, 2012; Sampaio, 1991 citado por Baptista, 2012).

Como fatores de risco podem ser apontados os psicopatológicos (com principal destaque a depressão), pessoais (incluindo a idade superior a 45 anos), psicológicos (onde podem estar contemplados os eventos de vida traumáticos/negativos) e por último sociais (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009 citado por OE, 2012). Pode ainda fazer-se a classificação em fatores de risco dinâmicos/modificáveis – aqueles que são passíveis de sofrerem alterações (como é exemplo a depressão) e os fatores de risco estáticos/não modificáveis – como o próprio nome indica, aqueles que não podem ser alterados, modificados (é exemplo a idade e o género). A importância dos fatores de risco reflete-se na capacidade do reconhecimento do risco, componente importante a ter em conta aquando da promoção da segurança, reforçando a importância da prevenção (APA, 2003; Mann et al., 2005, citados por OE, 2012).

O suicídio está figurado em todas as idades a nível mundial, estimando-se que por ano cerca de um milhão de pessoas comete o suicídio. Prevê-se que em 2020 esse número chegue aos 1,5 milhões (OMS, 2014). Contudo nos últimos 50 anos, as taxas de suicídio conhecidas cresceram 60% em todo o mundo, havendo uma maior prevalência entre idosos e jovens, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos (Pocinho, 2007).

Em Portugal, o suicídio tem vindo a predominar entre a população idosa. Após os 65 anos é considerado um problema grave de saúde pública (DGS,



2013). No ano 2011, registou-se uma taxa global de 9,6 de suicídios por 100.000 habitantes. Comparativamente aos géneros, o masculino demarca-se com uma taxa mais elevada, na faixa etária acima dos 75 anos, com 60,1% face aos 10,7% do sexo oposto, referente ao ano 2009 (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2014). Sabe-se que as taxas de suicídio são mais marcadas no sul do país (DGS, 2013), como corrobora Pocinho (2007), quando afirma que as regiões do Alentejo e Algarve, são as regiões com a taxa de suicídio mais elevada, entre três a cinco vezes mais do que em qualquer outro distrito do país, ficando mesmo acima da média europeia. As tentativas de suicídio nas faixas etárias mais elevadas revelam-se na maioria das vezes mais graves, resultando muitas vezes no próprio suicídio consumado (Downing et al., 2013; Sampaio e Telles-Correia, 2013).

As mudanças que ocorrem ao longo do desenvolvimento de cada indivíduo e na trajetória do envelhecimento podem ser analisadas através dos eventos de vida. Tratam-se de factos de origem multifatorial (biológica, psicológica, social, cultural, ambiental) que estruturam o desenvolvimento e a trajetória de cada sujeito, com base nos objetivos e expectativas individuais e sociais de cada um. De certa forma capacitam o indivíduo ao enfrentamento, na medida que são acontecimentos que desafiam a harmonia biológica, social e psicológica de cada um. Falar de eventos de vida traumáticos isoladamente não permite inferir que levam a consequências negativas para os indivíduos. O tipo de consequências (negativas, positivas, neutras) dos eventos variam de acordo com a avaliação cognitiva que é feita sobre os mesmos, bem como da capacidade que exercem sobre os recursos pessoais e sociais, como das estratégias que proporcionam quanto ao enfrentamento. Na pessoa idosa os eventos traumáticos apresentam expressiva variabilidade na experiência dos mesmos. Este facto pode estar associado às diversas circunstâncias a que por vezes estão expostos (pessoais, sociais, graus de resiliência, capacidade de interpretação, forma como gerem os eventos de vida), de acordo com Fortes-Burgos et al. (2008).

Existe literatura que refere que os acontecimentos de vida com conotação negativa são um potencial fator de risco para o aparecimento ou desenvolvimento de depressão nas pessoas idosas (Forsell e Winbland, 1999; Katsumata et al., 1995 citados por Vaz, 2009). É verdade que inevitavelmente, falar de eventos de

vida traumáticos se associa à Perturbação de Stress Pós Traumático (PSPT) e são vários os estudos que se debruçam sobre esta temática. Relativamente à depressão, a PSPT apresenta uma relação de complexidade. Indivíduos com stress pós traumático apresentam maior sintomatologia depressiva e de ansiedade. Fala-se também numa relação causal entre a depressão e eventos de vida traumáticos e há quem defenda que a depressão é secundária à PSPT, mas também o contrário (Cavalcante et al., 2013). Pode referir-se que existe grande comorbidade entre estas duas perturbações psiquiátricas (Van Praag et al., 2005; Cunha, 2007, citados por Lemos, 2013). Num estudo de Barbosa et al. (2011), as autoras fazem referência aos eventos de vida traumáticos (como luto, sentimento de perda, entre outros), como um possível fator contributivo para o suicídio.

Com o envelhecimento demográfico acentuado e as alterações na estrutura e dinâmica social/familiar da sociedade portuguesa, surge a necessidade de articular respostas mais adequadas a esta realidade. Apesar dos avanços tecnológicos, os quais foram referidos no início do texto, a “medicina” portuguesa ainda se encontra num patamar além da realidade europeia, bem como as respostas a infraestruturas sociais. Esta realidade traduz-se numa preocupação crescente, que leva à necessidade da criação de soluções e respostas para o problema. O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 contempla áreas de prioridade das quais se destaca a prevenção da depressão e do suicídio, o Guia Orientador de boas práticas relativo à prevenção da depressão e ideação suicida (OE, 2012), assim como o Guia de Intervención mhGAP (OMS, 2011), apresentam condutas preventivas a ter em consideração junto da população idosa, considerando-se úteis e um bom instrumento a ter em conta. É importante realçar que a nível estatal, o estado português necessita de refletir e debruçar-se mais sobre o impacto que a saúde mental representa na sociedade portuguesa em geral. Existem mudanças iminentes e que devem ser tidas em conta. É verdade que a Saúde Mental em Portugal é indiscutivelmente a área do ministério da saúde que menos recursos lhe é atribuída. A necessidade de um investimento de investigação epidemiológica neste campo, capaz de promover uma cultura de saúde capacitada a prevenir patologias mentais e oferecer uma resposta mais completa e abrangente a este nível é urgente.

A consciencialização dos profissionais de saúde para estes fenómenos é crucial, devendo estes estar capacitados e dotados de ferramentas cognitivas, que permita dar uma resposta eficaz e efetiva, atuando ao nível da prevenção, identificando de forma precoce sinais e sintomas das perturbações mais comuns na população idosa (perturbações depressivas) que são tratáveis. Desta forma algumas das mortes por suicídio poderão ser evitáveis na medida que a depressão aumenta o risco de cometer suicídio na pessoa idosa, como tal o diagnóstico correto e precoce é crucial para se iniciar o tratamento, podendo melhorar a qualidade de vida do idoso, diminuindo dessa forma o risco de suicídio consumado (Downing et al., 2013).

Como tal, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos nesta área para uma melhor avaliação do fenómeno, permitindo o esclarecimento e a clarificação do perfil psicopatológico dos idosos e do próprio impacto da institucionalização. A necessidade de um investimento na investigação a este nível é premente, no sentido de se compreender melhor a interação de diferentes variáveis inerentes ao fenómeno presente. Dessa forma será possível uma melhor compreensão para uma atuação mais eficaz, principalmente ao nível da prevenção.

Assim o presente estudo teve como objetivos estabelecer a comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, no que se refere à depressão, ideação suicida e ao impacto de eventos de vida traumáticos no bem-estar do idoso, bem como analisar a relação entre as diferentes dimensões.

As hipóteses traçadas para o mesmo foram as seguintes: a) idosos institucionalizados apresentam mais depressão, solidão e ideação suicida face aos não institucionalizados; b) idosos com mais depressão apresentam mais ideação suicida; c) os eventos de vida traumáticos são um fator de risco para depressão e ideação suicida nos idosos.

## **Método**

O presente estudo trata-se de um estudo descritivo correlacional, com uma metodologia de investigação que utiliza questionários de resposta direta aplicados a uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados no concelho de Vagos, distrito de Aveiro.

### **Caracterização da Amostra**

Recorreu-se a uma amostra de conveniência no total de 121 idosos (com idade igual ou superior a 65 anos), apenas numa região do país, referente ao concelho de Vagos, distrito de Aveiro, dos quais 65 são institucionalizados (apenas em instituições particulares) e os restantes 56 não institucionalizados, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos nos procedimentos. Do número total de participante 64,5% dos participantes são do sexo feminino e 43% do sexo masculino, similares quanto ao género em ambos os grupos. Os grupos são equivalente no que se refere: à escolaridade, situação profissional, situação económica e número de filhos. Quanto à idade e ao estado civil em ambos os grupos, pode afirmar-se que não são equivalentes, sendo que no grupo dos institucionalizados temos uma idade média de 81,40 anos e no grupo dos não institucionalizados de 76,39 anos em média. No primeiro grupo (respetivamente), quanto ao estado civil prevalece o estado de viúvo(a), com 64,6% e no segundo grupo o estado casado (a)/união de facto com um valor de 41,1%. Os dados sociodemográficos podem ser visualizados na tabela que se segue (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra

		Institucionalizado (N=65)		Não Institucionalizado (N=56)		$\chi^2$
		N	%	N	%	
Género	Masculino	20	30,8%	23	41,1%	1,394
	Feminino	45	69,2%	33	58,9%	
Estado Civil	Solteiro	11	16,9%	9	16,1%	16,882**
	Casado (a)/União de Facto	8	12,3%	23	41,1%	
	Divorciado (a)/Separado	4	6,2%	6	10,7%	
	Viúvo (a)	42	64,6%	18	32,1%	
Número de filhos	0	21	32,3%	16	28,6%	1,598
	1	11	16,9%	13	23,2%	
	2-3	25	38,5%	23	41,1%	
	≥ 4	8	12,3%	4	7,1%	
Escolaridade	Analfabeto (a)	14	21,5%	8	14,3%	3,989
	Sabe ler e escrever	16	24,6%	16	28,6%	
	Instrução primária	32	49,2%	32	57,1%	
	> a instrução primária	3	4,6%	0	0,0%	
Situação Económica	Má	23	35,4%	13	23,2%	2,579
	Média	35	53,8%	38	67,9%	
	Boa	7	10,8%	5	8,9%	
Profissão	Reformado(a)	57	87,7%	46	82,1%	0,732
	Pensionista	8	12,3%	10	17,9%	
		Institucionalizado (N=65)		Não Institucionalizado (N=56)		$t$
		M	DP	M	DP	
Idade		81,40	7,806	76,39	5,499	4,017**

\*p ≤ 0,01; \*\*p ≤ 0,001

Relativamente às variáveis tempo na instituição, o tempo médio de permanência na instituição corresponde a 4,03 anos (DP=4,786) e a regularidade média com que são visitados corresponde a 3,58 visitas por mês (DP=4,062). Quanto à iniciativa, a maioria dos participantes refere ter sido trazido por familiares (28,9%) e logo a seguir com 17,4% por iniciativa própria, no caso dos institucionalizados. Os não institucionalizados, a maioria dos intervenientes vive com os familiares, incluindo cônjuge (28,9%) e 17,4% vive sozinho.

### **Instrumentos de Avaliação**

Recorreu-se à utilização de instrumentos de avaliação para a recolha de dados relativos às variáveis em estudo, no sentido de contribuir para a consecução dos objetivos traçados inicialmente e dar resposta às hipóteses levantadas. Após a autorização junto dos autores dos instrumentos a utilizar e a anuência dos mesmos, desenvolveu-se um protocolo de avaliação que contemplava o questionário sociodemográfico, Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Yesavage et al.,1983 citado por Pocinho, 2006), A Life Events Checklist - Lista de Acontecimentos de Vida – LAV (Blake et al. de 1990 citado por Maia e Resende, 2003) e a Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária (Pocinho e Dias, 2005 citado por Pocinho, 2007). Todos estes instrumentos, adotam uma especial importância na avaliação, diagnóstico e monitorização, revelando-se em ferramentas cruciais no campo da intervenção psicológica (Simões, 2012).

#### **Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico permitiu a caracterização sociodemográfica da população, ao avaliar variáveis como o género, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, situação económica, situação profissional, a institucionalização ou não, bem como o tempo dela e a iniciativa da mesma, e ainda a perceção do estado de saúde e de solidão dos participantes.

## **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage**

Na avaliação da Depressão, recorreu-se à escala de heteroadministração constituída originalmente por 30 itens - *Geriatric Depression Scale* de Yesavage et al. (1983) com duas alternativas de resposta (sim ou não), desenvolvida para medir a depressão em idosos. Utilizou-se a versão traduzida e adaptada por Pocinho et al. em 2005 (Pocinho, 2007) – **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage**, na qual os autores após tradução e retroversão dos itens fizeram um primeiro pré-teste a 200 idosos. Os resultados mostraram que 3 dos 30 itens que constituíam a escala original não tinham consistência interna nem apresentavam correlação positiva igual ou superior a 0,3 em nenhuma dimensão, quando analisados pelo Alpha de Cronbach e Análise Fatorial, respetivamente. Os itens a que se referem são o item 27, 29 e 30 da escala original e que traduziram por «gosta de se levantar de manhã», «toma decisões com facilidade» e «a sua mente (pensamento, raciocínio) está tão clara como antigamente». Os autores consideraram ainda que podiam ser retirados já que o constructo inerente à criação destes itens está refletido nos itens 14, 20, 21, 23 e 26. Que por sinal, aqueles 3 itens, também foram retirados por Sheikh e Yesavage (1986) quando elaboraram a versão reduzida desta escala (GDS-SF).

Inicialmente os autores consideraram que dez ou mais sintomas (9,6) diferenciavam a ausência/presença de depressão, sendo os pontos de corte de dez em vinte e sete sintomas (ausência de depressão) confirmados (100%). Contudo após a análise discriminante, o ponto de corte obtido foi de onze sintomas em vinte e sete, evidenciando uma capacidade de 100% em detetar a presença ou ausência de depressão, tendo os autores optado pelo ponto de corte onze (11). Face à estrutura fatorial, à consistência interna, temporal e interjuízes, consideraram que a versão portuguesa do GDS apresenta forte evidência de ser um teste válido e fidedigno para aplicar à nossa cultura. Assim sendo, após as referidas análises, a escala GDS ficou constituída pelos seguintes vinte e sete (27) itens e as respetivas cotações, com um Alpha de Cronbach 0,906. Para o presente estudo obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,931, apresentando uma elevada consistência interna.

## **A Life Events Checklist**

Para a avaliação dos eventos traumáticos a que o indivíduo possa ter estado exposto ou vivenciado, recorreu-se **A Life Events Checklist** (Lista de Acontecimentos de Vida - LAV, checklist integrante da CAPS, Clinician – Administered PTSD Scale) dos autores Blake et al. de 1990, tratando-se de uma interpretação, de uma checklist de acontecimentos potencialmente traumáticos. Esta lista foi traduzida por Maia e Fernandes em 2003 (Maia e Resende, 2008), seguindo as indicações Hambleton, (1994) no que se refere a uma adaptação portuguesa com equivalência linguística, cultural, e do constructo. A lista é constituída por 17 itens onde são apresentados alguns acontecimentos (como exemplo incêndios, acidentes, violência, morte, entre outros). Cada um dos itens é avaliado numa escala de tipo Likert de 5 pontos (“aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu”, “não tenho a certeza” e “não se aplica”). Em relação à cotação esta escala poderá ser cotada atribuindo a seguinte pontuação: 0= não se aplica, 1= não tenho a certeza, 2= soube que aconteceu, 3= vi acontecer, 4= aconteceu-me. Relativamente a esta forma de cotação, a escala irá variar entre 0 e 68 pontos, sendo a pontuação mais alta atribuída a um elevado nível de exposição aos acontecimentos (Lemos, 2013; Maia e Resende, 2008).

Ainda relativamente a este instrumento, num estudo de Gray et al. (2004), estes procuraram evidenciar propriedades psicométricas referentes a este instrumento, ao qual verificaram uma adequada estabilidade temporal e uma boa convergência, relacionadas com a exposição ao trauma (Maia e Resende, 2008). No estudo de Lemos (2013), o presente instrumento para o estudo apresentou boa consistência interna com um Alfa de Cronbach de 0,81. Para o presente estudo obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,547, relevando uma baixa consistência interna.

## **Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária**

Por último, para a avaliação da Ideação Suicida foi aplicada a **Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária** dos autores Pocinho e Dias de 2005 (Pocinho, 2007), tratando-se de uma escala de hétero-administração constituída inicialmente por 15 itens, com duas alternativas de resposta, cotando com um



ponto as respostas que revelam intenção e/ou ideação suicidária e com zero pontos as que não revelam.

A ETIIS quanto à fidedignidade apresenta elevada consistência interna (coeficiente de Kuder-Richardson, KR-21=0,846), embora quando partilhada por subescalas perca alguma consistência na subescala intenção suicidária, no entanto os autores consideraram que havia consistência relevante para que as subescalas fossem aplicadas em separado, uma vez que o valor obtido não resulta da média da consistência mas do limite inferior. Após a análise discriminante, verificaram que o corte preditivo é de três (3) sintomas para ausência de intenção e/ou ideação suicida e superior a três (3) sintomas para a presença. Para o presente estudo obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,804.

## **Procedimentos**

O presente estudo utiliza questionários de resposta direta aplicados a uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados no concelho de Vagos, distrito de Aveiro. Foram definidos como critérios de inclusão: a idade do participante igual ou superior a 65 anos, não apresentar um diagnóstico de demência e estar institucionalizado num lar, que pode ser estatal/privado (para o caso dos participantes institucionalizados). Como critérios de exclusão: apresentar idade inferior a 65 anos, apresentar um diagnóstico/quadro de demência e idosos internados em instituições de saúde.

No caso dos utentes institucionalizados foi apresentada uma carta explicativa do trabalho a desenvolver às instituições, com o intuito de se obter autorização para a recolha da amostra. A amostra de idosos não institucionalizados foi recolhida, em locais de lazer, como jardins, centros recreativos e casas particulares, obedecendo aos critérios de inclusão/exclusão.

Os participantes foram, previamente, esclarecidos e informados acerca do conteúdo da investigação antes do procedimento. Foi assegurada a confidencialidade dos dados, bem como o anonimato dos mesmos, sendo estes apenas para fins de estudo e investigação. Estes critérios pressupõem o consentimento informado e esclarecido para a participação na investigação, o

qual foi dado de forma verbal pelos participantes. As questões feitas foram lidas oralmente a cada participante e os questionários preenchidos pela investigadora.

Os dados recolhidos, foram tratados e introduzidos numa base de dados informatizada, com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 para o Windows. Procedeu-se à análise descritiva e correlacional, com base nos cálculos necessários. A análise descritiva envolveu o cálculo das médias, frequências e desvios padrão das variáveis em estudo, recorrendo-se ao teste Qui-quadrado. Na análise das diferenças entre dois grupos independentes recorreu-se ao teste Mann-Whitney e para a comparação de mais do que dois grupos independentes utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Para analisar a correlação das variáveis recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman.

## Resultados

A comparação dos participantes no questionário da autoavaliação da saúde e solidão revelou que não foram encontradas diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) entre os grupos, sendo ambos equivalentes na autoavaliação que fazem (Tabela 2).

Tabela 2 – Autoavaliação da saúde e solidão

		Institucionalizado N=65		Não institucionalizado N=56		$\chi^2$
		N	%	N	%	
Saúde	Muito Má	1	1,5%	1	1,8%	3,070*
	Má	24	36,9%	15	26,8%	
	Nem boa nem má	32	49,2%	27	48,2%	
	Boa	7	10,8%	11	19,6%	
	Muito Boa	1	1,5%	2	3,6%	
Solidão	Sempre/ Muitas vezes	20	30,8%	18	32,1%	0,528*
	Algumas vezes	26	40,0%	19	33,9%	
	Raramente / Nunca	19	29,2%	19	33,9%	

\* $p > 0,05$

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente aos eventos de vida traumáticos, com  $z = - 3,871$  para  $p < 0,000$ . Os resultados

revelam que os idosos não institucionalizados apontaram mais eventos de vida traumáticos que os institucionalizados (Tabela 3). Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil relativamente à variável depressão, com  $\chi^2=9,486$  e  $p=0,023$  em que os participantes casados/união de facto revelam menos sintomatologia depressiva e os participantes viúvos mais sintomatologia depressiva.

Tabela 3 – Diferenças entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados

	Institucionalizado (N=65) M Rank	Não institucionalizado (N=56) M Rank	Z
Depressão	64,79	56,60	- 1,283
Eventos de Vida Traumáticos	49,56	74,28	- 3,871**
Ideação Suicida	66,64	54,46	- 2,101

\*\* $p \leq 0,001$

Na análise da correlação entre as variáveis em estudo apenas se verificou-se que a depressão se relacionou de forma positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida, apresentando uma valor de correlação de  $Rho=0,575$  e  $p=0,000$ , quanto maior é a depressão maior é a ideação suicida (tabela 4).

Tabela 4- Correlação entre as variáveis em estudo

	Depressão	Eventos Vida Traumáticos	Ideação Suicida
Depressão	—		
Eventos de vida traumáticos	,126	—	
Ideação suicida	,575**	,006	—

Por último foi avaliada a existência de correlação entre as diferentes dimensões em estudo, nomeadamente a idade, tempo na instituição e a auto

percepção relativamente à saúde e solidão, aquelas que apresentaram significância estatística (Tabela 5).

A idade correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com os eventos de vida traumáticos, com um valor de  $Rho = -0,272$  e  $p = 0,003$ , o que significa que os idosos com mais idade referem menos eventos de vida traumáticos.

O tempo na instituição correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a depressão, apresentando um valor de  $Rho = -0,293$  e  $p = 0,018$ , sendo que quanto maior o tempo de institucionalização menos sintomatologia depressiva, para amostra estudada.

Quanto à auto percepção do estado de saúde, esta relacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a depressão e com a ideação suicida, com um valor de  $Rho = -0,475$ ;  $p = 0,000$  e  $Rho = -0,393$ ;  $p = 0,000$  (respetivamente), revelando que quanto melhor é a auto percepção do estado de saúde, menos sintomatologia depressiva e menos ideação suicida apresentam os idosos.

À semelhança da anterior, a auto percepção de solidão correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a depressão e a ideação suicida, apresentando valores de  $Rho = -0,531$ ;  $p = 0,00$  e  $Rho = -0,468$ ;  $p = 0,000$  (respetivamente), significando que quanto menos os idosos se sentem sós, menor é a depressão e a ideação suicida (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre as dimensões em estudo

	Idade	Tempo na Instituição	Saúde	Solidão
Depressão	,083	-,293*	-,475**	-,531**
Eventos de Vida Traumáticos	-,272**	-,045	-,113	-,099
Ideação Suicida	-,010	-,115	-,393**	-,468**

\* $p \leq 0,01$  \*\* $p \leq 0,001$

## Discussão

O estudo teve como objetivo fazer a comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, no que se refere à depressão, eventos de vida traumáticos e ideação suicida e ainda analisar a relação entre as dimensões referidas.

Numa primeira análise seria de esperar que os idosos institucionalizados apresentassem mais depressão, solidão e ideação suicida, do que os idosos não institucionalizados. De acordo com a literatura em geral, existe uma maior sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados face aos não institucionalizados (Almeida e Quintão, 2012; Barroso e Tapadinhas, 2006; Vaz, 2009). No entanto, os resultados do presente estudo não corroboraram esta hipótese. Os grupos são equivalentes, pelo que não se obteve uma relação entre a depressão e a institucionalização, não podendo aferir que os idosos institucionalizados apresentam mais depressão. Se por um lado existem referências de que as instituições muitas vezes não são ambientes promotores e ricos de estímulos para os idosos (Almeida, 2011; Vaz, 2009), por outro lado este facto pode ser justificado pela possível mudança de paradigma que possa estar a acontecer face à “institucionalização”. O processo da institucionalização deixa de se centrar nos aspetos negativos que daí advêm (perda de autonomia, despersonalização, degradação do estado físico/psicológico/cognitivo, desumanização dos cuidados, entre outros) e passa haver uma preocupação maior na minimização dos fatores negativos, salientando aspetos positivos como a promoção da autonomia através de uma serie de atividades lúdicas, físicas e intelectuais – atividades de lazer, que estimulam e mantêm os idosos ativos e com a sua mente ocupada; uma interação social maior (entre os idosos, mas também com outras instituições similares), promovendo a partilha de experiências, historias de vida e atividades; alguns profissionais de saúde que acompanham e trabalham diariamente com esta população começam a mostrar uma maior consciencialização, bem como uma formação e capacitação mais adequada, revelando uma intervenção importante a este nível. Esta possível justificação vai ao encontro dos resultado obtidos em que quanto maior o tempo de institucionalização, menos sintomatologia depressiva, para amostra estudada.

Outra justificação possível prende-se com o facto da polimedicação. A polimedicação é comum nos idosos, mascarando muitas vezes a sintomatologia depressiva (Pocinho, 2007).

No mesmo sentido, a literatura sugere que idosos institucionalizados se sentem mais sós (Almeida, 2011; Barroso e Tapadinhas, 2006; Pocinho 2007; Ribeiro e Fernandes, 2014; Vaz, 2009). No entanto, os resultados obtidos não confirmam este dado, não se tendo verificado diferenças, mais uma vez entre os idosos institucionalizados e aqueles que não residem numa instituição, relativamente à solidão. Ambos os grupos apresentaram uma auto percepção de solidão similar. Isto pode ser justificado, devido ao isolamento/afastamento da família ou pessoas de referência tanto nos idosos institucionalizados como nos não institucionalizados, como tal é compreensível que as diferenças não sejam notadas. O mesmo acontece em relação à depressão, na medida em que estas variáveis se relacionam estatisticamente de forma significativa, em que a solidão é muitas vezes um fator preditor de depressão, principalmente na velhice.

Em relação à ideação suicida, mais uma vez a literatura refere que idosos institucionalizados apresentam maior ideação suicida (Rucan et al. 2010, citado por Almeida, 2011), embora a este nível mais concreto sejam muito poucos os estudos realizados. Mais uma vez os dados do presente estudo não vão ao encontro da literatura apontada. Os resultados mostram não haver diferenças entre os grupos analisados. Este facto pode ser justificado por uma possível mudança da realidade das instituições, em que a interação social e a promoção de atividades de lazer é cada vez mais valorizada e aplicada. Parece também haver um equilíbrio entre os grupos, no sentido do que já foi referido anteriormente, em que o afastamento da família e isolamento se verifica também a um nível considerável nos idosos que residem na comunidade. Desta forma, é possível afirmar-se que a institucionalização isoladamente não é um preditor de mais solidão, depressão e ideação suicida.

Na segunda hipótese traçada para a realização deste estudo, idosos com mais depressão apresentam mais ideação suicida, os resultados vão ao encontro do esperado, corroborando a literatura apresentada (Almeida, 2011; Minayo e Cavalgante, 2010; Pocinho, 2007; Sampaio e Telles-Correia, 2013). Com base na

fundamentação teórica apresentada no início deste estudo, confirma-se de facto que a depressão é um preditor da ideação suicida, podendo levar ao suicídio consumado. Facto que nos conduz, mais uma vez, a necessidade premente de atuar ao nível da prevenção e do correto e atempado diagnóstico da patologia.

Por último, quis-se perceber se os eventos de vida traumáticos eram um fator contributivo/risco para mais depressão e ideação suicida nos idosos. A introdução desta variável no estudo surge em tom de sugestão de estudos anteriores (Almeida e Quintão, 2012), no sentido de perceber se de facto haveria relação com as outras dimensões. Os resultados mostram que os eventos de vida traumáticos, para esta amostra estudada, não se revelaram como um fator contributivo para o aumento da depressão e ideação suicida, não apresentando relação estatisticamente significativa com nenhuma das outras variáveis em estudo. Contudo é importante mencionar, que se obteve um Alpha de Cronbach de 0,547 que significa uma baixa consistência interna. Posto isto, possíveis justificações para a obtenção de um Alpha de Cronbach baixo, apenas para este instrumento de avaliação dos aplicados no estudo, é por exemplo o facto de a escala apresentar itens muito dispares entre eles, não ter sido a melhor opção para a população em estudo (neste caso concreto) estando desajustada/adequada para este estudo. Fica também a referência como uma limitação apontada ao estudo e a sugestão para estudos futuros ser tido em conta.

### **Conclusão**

Em tom de conclusão pode dizer-se que idosos com mais depressão apresentam mais ideação suicida, de acordo com a literatura em geral. Os eventos de vida não se revelaram num fator de risco para se aferir conclusões. No entanto em estudos futuros poderá ser associada a outras variáveis, com outra população, possibilitando um melhor entendimento desta matéria. A institucionalização isoladamente não é um preditor de mais depressão e mais ideação suicida nos idosos, relativamente à amostra estudada.

Como limitações ao estudo podem ser apontadas a dimensão da amostra, que não permite a generalização dos resultados. Apenas foi estudada uma região

do distrito de Aveiro o que não permite a representação da amostra à população portuguesa. No estudo foram ainda incluídos fatores como eventos de vida traumáticos, sugestão apresentada por outros autores de estudos semelhantes, mas em contrapartida não foram avaliadas variáveis como independência e índice de atividade e lazer. Contudo a introdução de outras variáveis a estudo seria positivo. De acordo com estudos existentes nesta área, a região estudada encontra-se nas áreas de menor frequência de taxas de suicídio, podendo apresentar-se também como uma limitação ao mesmo.

É certo que há ainda um longo caminho a percorrer nesta área de investigação e conseqüentemente na intervenção junto da população. Pode concluir-se a necessidade de atuar junto da população idosa de modo preventivo, possibilitando um reconhecimento e uma identificação da patologia mais precoce, uma intervenção atempada, oferecendo um tratamento adequado quando instalada a patologia.

A exploração e investimento nesta área de estudo tem revelado interesse pela comunidade científica, com o desenvolvimento de estudos semelhantes a este, que revelam um contributo crucial para o enriquecimento do conhecimento. Certamente que futuramente surgirão mais trabalhos científicos neste âmbito em prol de todas as razões já mencionadas, com uma necessidade mais atenta à ideação suicida nos idosos institucionalizados em que a literatura ainda é escassa nesse sentido.

Traçado assim um caminho, a investigação a este nível começa a apresentar resultados. A mudança de paradigma relativamente à temática parece estar acontecer e a consciencialização e o investimento da formação dos profissionais e técnicos que intervêm junto dos idosos também. Estes apresentam a responsabilização na mudança de padrões e na promoção da qualidade de vida face à prevenção da depressão e suicídio na população idosa.



## Referências

- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, vol. 25 (6), 350-358.
- Almeida, M. d. (2011). Ansiedade, Depressão, Ideação suicida, Coping em idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Avramov, D., & Maskova, M. (2003). *Active Ageing in Europe*. Estrasburgo: Concelho da Europa
- Baptista, P. (2012). Luto e Comportamentos Suicidários nos Idosos da Cova da Beira. Dissertação de Mestrado, Covilhã, Portugal.
- Barbosa, F. d., Macedo, P. C., & Silveira, R. M. (2011). Depressão e o Suicídio. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, vol. 14 (1), 233-243.
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos Geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados [em linha]. O Portal dos Psicólogos. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Cavalcante, F. G., Minayo, M. C., & Mangas, R. M. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.18 (10), 2985-2994.
- Downing, L. J., Caprio, T. V., & Lyness, J. M. (2013). Geriatric Psychiatry Review: Differential Diagnosis and Treatment of the 3 D's - Delirium, Dementia, and Depression. *Curr Psychiatry Rep*, vol.15 (365), 1-10.
- Enfermeiros, O. d. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da esfera Suicidária. Mesa

do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP). Lisboa.

Fortes-Burgos, A. C., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2008). Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 21 (1), 74-82.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. 4 (4), 41-49.

Gallagher, D., Savva, G. M., Kenny, R. A., & Lawlor, B. A. (2013). What predicts persistent depression in older adults across Europe? Utility of clinical and neuropsychological predictors from the share study. *Journal of Affective Disorders*, 147, 192-197.

Gray, M. J., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric Properties of the life events checklist. *Assessment*, vol. 11 (4), 330-341.

Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 31 (2), 204-213.

Gustafson, Y., Nogueira, V., O'Dwyer, S., Roller, R., Egger, T., Firmino, H., Cruz-Jentoft, A. (2013). Depression in old age in Austria, Ireland, Portugal and Sweden. *European Geriatric Medicine*, 1-7.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos de 2011 [em linha]. Instituto Nacional de Estatística web site. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística (2015). Informação Estatística. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2)

- Moniz, J. M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiências formativas*. Lisboa: Lusociência.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu
- O'Brien, P. G., Kennedy, W. Z., & Ballard, K. A. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica, Uma integração de Teoria e Prática*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Pocinho, M. T. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no idoso Alentejano*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Rebouças, M. (2006). *Indicadores Especificos dos Idosos: Comparação entre o Brasil e os Estados Unidos*. Dissertação Pós-graduação em Gerontologia, Brasília. Brasil.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2006). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clinica*. Lisboa.
- Saúde, D. G. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa.
- Saúde, M. d. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Portugal.
- Saúde, O. M. (2004). *Prevención de los Transtornos Mentales*. Ginebra.
- Saúde, O. M. (2011). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de a salud no especializada*. Genebra, Suíça.
- Saúde, O. M. (2012). *La Depresión*. Disponível em <http://www.who.int>.
- Saúde, O. M. (2014). *Salud Mental*. Obtido em Abril de 2014 e disponível em <http://www.who.int>.

- Schlösser, A., Rosa, G. F., & More, C. L. (2014). Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas em Psicologia* vol. 22 (133), 135-145.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, vol. 1 (34), 9-33.
- Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A., & Cardoso, R. d. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciências & Saúde Coletiva*, vol. 14 (1), 253-259.
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010). Depressão em idosos: prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, (26), 384-391.
- Suicidologia, S. P. (2014). A SPS apresenta dados estatísticos, atualizados, sobre os comportamentos suicidários em Portugal e no mundo. Disponível em <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>.
- Tam, C. W., & Chiu, H. F. (2011). Depression and Suicide in the Elderly. *The Hong Kong Medical Diary*, vol. 16 (9), 13-16.
- Teixeira, L. M. (2010). Solidão, Depressão e Qualidade de vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa.
- Teng, P.-R., Yeh, C.-J., Lee, M.-C., Lin, H.-S., & Lai, T.-J. (2013). Depressive symptoms as an independent risk factor. *Aging & Mental Health*, vol. 17 (4), 470-478.
- Vaz, S. F. (Maio de 2009). A depressão no Idoso Institucionalizado, Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto.

## **Apêndices**

Vagos, \_\_\_\_\_

Exmos Srs.,

Eu, Andreia Tavares Concepcion, n.º 66985 aluna do Mestrado em Psicologia Forense da Universidade de Aveiro, venho por este meio solicitar a V. Ex. a possibilidade e disponibilidade de poder recolher dados na vossa instituição, no âmbito da Dissertação de Mestrado, com a temática a Depressão e Ideação Suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados no concelho de Vagos, sob a orientação da Professora Doutora Sara Monteiro.

A possibilidade da recolha de dados junto dos utentes da vossa instituição, bem como a aplicação de instrumentos de avaliação é de grande importância para a concretização do trabalho a desenvolver.

É de referir que a confidencialidade dos dados, bem como o anonimato serão assegurados, sendo os dados apenas para fins de estudo e investigação.

Desde já manifesto a minha inteira disponibilidade para um posterior contacto, para possíveis esclarecimentos acerca do trabalho a desenvolver.

Grata pela vossa atenção, aguardo uma resposta o mais breve possível.

Atentamente,

---

Andreia Concepcion

## PROTOCOLO

--	--	--

Caro(a) participante,

Gostaríamos de solicitar a sua colaboração para um estudo de investigação que tem como objetivo estudar a Depressão e a Ideação suicida nos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados o concelho de Vagos.

Desta forma, pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões que lhe vão ser colocadas. Lembre-se que não existem respostas certas nem erradas. Responda apenas de forma a refletir as suas opiniões pessoais.

Os dados que nos facultar são confidenciais e anónimos, destinando-se apenas ao tratamento estatístico do estudo, pelo que pedimos que não escreva o seu nome neste questionário.

A sua participação nesta investigação é voluntária e a qualquer momento do preenchimento deste questionário se não quiser continuar, sinta-se à vontade para parar o seu preenchimento.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Género:** Masculino  Feminino  **Idade:**  anos

**Estado Civil:** Solteiro  Casado(a)/União de facto  Divorciado(a)/Separado

Viúvo(a)

**Número de Filhos:**

**Escolaridade:** Analfabeto(a)  Sabe ler e escrever  Instrução primária

Ensino secundário  Curso Médio  Curso Superior

**Como classifica a sua situação económica:** Má  Média  Boa

**Situação Profissional:** Reformado(a)  Pensionista  Ativo

**Está num lar?** Sim  Não

**Se sim, a iniciativa da institucionalização foi:**

Iniciativa própria  Trazido(a) por amigos

Trazido(a) por familiares  Trazido(a) por técnicos de ação social

**Há quanto tempo está na instituição?**  anos

**Com que regularidade é visitado?**  vezes por mês

**Se não está num lar, com quem vive?**

Sozinho  Familiares  Amigos  Vizinhos  Outros

**Como considera a sua saúde:**

Muito má  Má  Nem boa nem má  Boa  Muito boa

**Com que frequência se sente só:**

Sempre  Muitas vezes  Algumas vezes  Raramente  Nunca



## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho, Carlos Amaral Dias, Carlos Farate (2005)

*Sim Não*

1 - Está satisfeito com a sua vida actual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 - Sente que a sua vida está vazia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 - Anda muitas vezes aborrecido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 - Encara o futuro com esperança	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15 - Actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
17 - Sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
18 - Preocupa-se muito com o passado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
21 - Sente-se cheio de energia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
26 - Sente dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
28 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

## LISTA DE ACONTECIMENTOS DE VIDA

Traduzida por Maia e Fernandes, 2003

Abaixo encontra uma lista de acontecimentos que às vezes acontecem. Para cada acontecimento indique com uma cruz (X) em cada uma ou mais do que uma caixa até que ponto: (a) lhe aconteceu pessoalmente, (b) viu acontecer a outra pessoa, (c) soube que tinha acontecido a algum familiar ou amigo, (d) não tem a certeza ou, (e) não se aplica a si próprio. Nas suas respostas tenha em consideração toda a sua vida (desde a sua infância até este momento).

	<i>Acontecimento</i>	Aconteceu -me	Vi acontecer	Soube que aconteceu	Não tenho a certeza	Não se aplica
1	Desastre natural (por exemplo, inundação, furacão, tornado, tremor de terra)					
2	Fogo ou explosão					
3	Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)					
4	Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa					
5	Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)					
6	Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado, etc.)					
7	Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)					
8	Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a ter uma actividade sexual pelo uso da força)					
9	Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável					
10	Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)					
11	Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)					
12	Doença ou ferimento que ameaçou a vida					
13	Sufrimento humano intenso					
14	Morte repentina, violenta (por homicídio, suicídio)					
15	Morte inesperada e repentina de alguém próximo (e.g. homicídio ou suicídio)					
16	Causar ferimento, dor ou morte a alguém					
17	Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante					

## ESCALA TORGA DE INTENÇÃO E IDEACÃO SUICIDÁRIA

Margarida Pocinho & Carlos Amaral Dias (2005)

Vou dizer-lhe algumas frases, quero que responda se elas são verdadeiras ou falsas

	<i>V</i>	<i>F</i>
1. Apetece-me desaparecer daqui para fora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Se pudesse estava sempre a dormir, que era para não pensar em nada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Vale a pena viver.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4. Estou cansado (a) da vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Às vezes tenho ideias de suicídio.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Mais valia estar morto(a).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. O suicídio parece-me uma solução possível para acabar com o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Logo que surja a ocasião, vou comunicar a minha intenção de cometer um suicídio.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Converso frequentemente sobre suicídio.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Tenho planos para a morte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11. Tenho planos claros de suicídio caso surja a ocasião.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0