

# Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal



## *Depression and Suicidal Ideation in Elderly Institutionalized and Non-Institutionalized in Portugal*

Lurdes ALMEIDA, Sónia QUINTÃO  
Acta Med Port 2012 Nov-Dec;25(6):350-358

### RESUMO

**Introdução/Objectivos:** A depressão tem-se mostrado como a perturbação mental mais comum na comunidade idosa e o suicídio é a sua consequência mais grave. No contexto português as taxas de suicídio entre os idosos assumem valores mais elevados do que nos restantes grupos etários. O presente estudo teve como objectivo principal comparar idosos institucionalizados e não institucionalizados em termos de depressão, ideação suicida, dependência e actividades de lazer.

**Material e Métodos:** Foi recolhida uma amostra no Algarve, Alentejo e Grande Lisboa, de 155 idosos, 85 institucionalizados e 71 não institucionalizados, com proporção similar entre os géneros. Foram utilizados como instrumentos o Índice de Actividade e Lazer (IAL), a "Geriatric Depression Scale" (GDS), o Índice de Barthel e a "Beck Scale for Suicide Ideation" (BSI).

**Resultados:** Os resultados mostraram que os idosos institucionalizados não apresentavam maior depressão, solidão, ideação suicida nem menor nível de actividade e lazer, apesar de serem menos independentes. Os idosos com ideação suicida mais elevada apresentavam mais depressão. Uma auto-percepção de pior saúde e de mais solidão relacionou-se com mais depressão. Uma maior actividade e mais lazer relacionaram-se com menos ideação suicida.

**Conclusões:** Os dados parecem mostrar que a institucionalização dos idosos não se relaciona negativamente com a depressão e a ideação suicida.

### ABSTRACT

**Introduction/Objectives:** Depression has shown as the more common mental disorder in elderly community and suicide is its worst consequence. In the Portuguese context suicide rates among the elderly take values higher than in other age groups. The present study aimed to compare elderly institutionalized and not institutionalized in terms of depression, suicidal ideation, dependency and leisure activities.

**Material and Methods:** The sample was collected in Algarve, Alentejo and Lisbon, in 155 elderly, 85 institutionalized and 71 not institutionalized, with similar proportions between genders. The instruments were The Activity and Leisure Index (IAL), the Geriatric Depression Scale (GDS), The Barthel Index and the Beck Scale for Suicide Ideation (BSI).

**Results:** The results showed that the elderly institutionalized did not present higher depression, loneliness, suicidal thoughts or lowest level of activity and leisure, but were less independent. The participants with highest suicidal thoughts had more depression. A self-perception of worse health and more loneliness were related with more depression. A higher activity and leisure was related with less suicidal ideation.

**Conclusions:** The data seem to show that the institutionalization of elderly is not related negatively with depression and suicidal ideation.

### INTRODUÇÃO

São vários os autores que referem que o número de idosos está a aumentar significativamente, ocorrendo este fenómeno de forma similar em todos os países ocidentais.<sup>1,2</sup> Os últimos números disponíveis no Instituto Nacional de Estatística<sup>3</sup> remontam a 2011 e mostram que cerca de 19,7% população residente em Portugal tem 64 ou mais anos.

O envelhecimento acarreta mudanças no padrão das doenças e na frequência das incapacidades.<sup>4</sup> No processo de envelhecimento, as funções física, cognitiva e sensorial debilitam-se, conduzindo à deterioração das capacidades funcionais.<sup>5</sup> A auto-suficiência no cuidado de si próprio e em actividades realizadas no contexto do domicílio, ou outras que envolvam deslocação, com ou sem transporte, é muito importante para o idoso.<sup>6</sup>

O índice de dependência dos idosos, definido em pes-

soas de idade igual ou superior a 65 anos, é em Portugal de 19,26%, atingindo no sul do país (Algarve e Alentejo) os 27,17%, zona onde o índice de envelhecimento também é superior ao do resto da população portuguesa.<sup>7</sup>

Os idosos com maior autonomia demonstram maior domínio do ambiente, maior crescimento pessoal, mais reacções positivas e mais objectivos de vida.<sup>8</sup>

A prática e o desenvolvimento de actividades de lazer têm-se mostrado, na vida dos idosos, como um factor de crucial importância. Por exemplo, os benefícios que estão associados à actividade física regular proporcionam uma vida independente, melhoram a qualidade de vida e capacidade funcional durante o envelhecimento.<sup>9</sup>

Considera-se terceira idade dos 65 aos 79 anos e quarta idade 80 ou mais anos. A introdução do conceito de quarta idade trouxe maior especificação conceptual neste

S.Q.: Centro de Estudos de Doenças Crónicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

L.A.: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.

Recebido: 01 de Março de 2012 - Aceite: 14 de Novembro de 2012 | Copyright © Ordem dos Médicos 2012

domínio, sendo notório, hoje, nas sociedades mais desenvolvidas, que o quadro de vulnerabilidade e dependência associado à velhice começa mais tarde.<sup>10</sup> Cada vez mais pessoas aos 65 anos têm mais anos de esperança de vida sem incapacidade. É na segunda velhice e não na primeira, que os problemas da perda de qualidade de vida e da dependência se colocam. Assim, a velhice institucional (a idade da reforma) deixa de coincidir com a velhice objectiva (perda real de capacidades e de autonomia) e com a velhice subjectiva (percepção do envelhecimento).<sup>11</sup>

Existe uma prevalência elevada de perturbação mental na velhice, e a que predomina entre estas perturbações é a depressão.<sup>12</sup> Acrescendo, a depressão nos idosos pode ser subestimada porque muitos deles minimizam os sintomas psicológicos e atribuem as perturbações do sono, fadiga, e outros sintomas da depressão a doenças fisiológicas.<sup>13</sup> Contudo existem outros autores que referem que os diagnósticos de depressão *major*<sup>14</sup> representam uma pequena fracção dos idosos. Requerem um grau de gravidade, que não é frequente encontrar nesta faixa etária, sendo por isso considerados excepcionais. Esta constatação contraria a associação mais idade mais depressão baseada na ideia de que as pessoas idosas têm mais perdas de papéis significativos, perda de apoio emocional, reforma, viuvez, morte de amigos, família, isolamento e solidão e ainda redução das condições socioeconómicas. No entanto, os estudos longitudinais de depressão e satisfação com a vida não validam esta suposição. Sobretudo porque a satisfação com a vida se prende essencialmente com as condições de saúde, a situação socioeconómica, a participação social/ocupação, as quais constituem no seu conjunto, factores potencialmente modificáveis pelas sociedades.<sup>15</sup>

As características da depressão dos idosos podem ser resumidas como: os doentes são muitas vezes objecto de doenças somáticas; são mais afectados por factores ambientais ou factores psicológicos; o curso é por vezes, atípico; e são facilmente afectados por efeitos adversos da farmacoterapia. A depressão com agitação é frequente nos idosos, que não apresentam um humor depressivo óbvio em primeiro plano, mostrando apenas agitação e irritação. Os idosos com este tipo de depressão são propensos ao suicídio e às auto-lesões.<sup>16</sup>

Forsell<sup>17</sup> estudou os factores preditores da depressão em idosos e encontrou como preditores ter menos de oito anos de escolaridade, ter demência, ter história de depressão ou ansiedade, ter problemas auditivos e ter dependência nas tarefas do dia-a-dia.

Existe uma relação muito forte entre o suicídio e a presença de perturbações mentais nas pessoas idosas,<sup>18,19</sup> sendo que nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos.<sup>20,21</sup>

Actualmente, o suicídio e as auto-agressões entre os idosos são um grave problema de saúde pública.<sup>22</sup> As maiores taxas de suicídio são encontradas entre os idosos,<sup>21,23-25</sup> especialmente nos homens.<sup>21,26-28</sup> As zonas de Portugal com maiores taxas de suicídio são o Alentejo, o Algarve e a grande Lisboa, além de serem também as zonas de

Portugal onde os idosos vivem mais sozinhos.<sup>3,29</sup> O Alentejo é considerada a zona crítica por ocorrer um número elevado de suicídios em relação as outras zonas.<sup>29,30</sup> De acordo com a literatura existem factores associados ao suicídio no Alentejo como: baixa densidade populacional; menor grau de integração; isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social; população maioritariamente composta por idosos, havendo uma grande solidão no meio em que vivem.<sup>31</sup>

Os métodos de suicídio empregados nessa faixa etária são específicos, na medida em que são mais graves na letalidade e são frequentemente usados em combinação para aumentar as probabilidades de um desfecho fatal.<sup>32</sup>

No mesmo sentido, num estudo<sup>33</sup> realizado com 109 idosos atendidos por motivo de tentativa de suicídio, em 91,7% dos casos era a primeira tentativa de suicídio. Estes autores defendem que pode haver duas razões para que os idosos raramente mostram sinais de alerta precoce: Uma delas é a depressão, que é mais facilmente ignorada no idoso do que na população mais jovem, devido ao enfraquecimento fisiológico e às doenças inerentes ao envelhecimento; a outra é que uma vez que os idosos decidem cometer suicídio, preferem escolher formas altamente letais e executar o suicídio secretamente.

No caso português, a taxa de suicídio nos idosos tem mostrado uma tendência crescente, entre 1980 a 2005, principalmente na faixa etária dos 85 anos ou mais. A faixa etária dos idosos é a única que apresenta uma subida ao longo destes anos, apresentando os idosos com 85 anos ou mais uma taxa por 100.000 habitantes bastante elevada, assumindo valores nos cinco últimos anos com dados disponíveis entre 30,28 a 44,61. Os autores referem ainda que a taxa de suicídio é superior nos homens em função das mulheres em todas as faixas etárias.<sup>24</sup>

A suicidalidade é um conceito definido por todos os fenómenos que vão desde os desejos de morte, ideação suicida e de planeamento, a tentativa de suicídio e suicídio consumado.<sup>34</sup> A ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio representam instâncias da vida - expectativas, doença, sofrimento - que se tornaram difíceis de suportar.<sup>19</sup> Uma revisão da literatura bastante recente<sup>18</sup> mostrou existir forte relação entre ideação, tentativas e efectivação do acto fatal em pessoas idosas, o que resulta da interacção de factores complexos: físicos, mentais, neurobiológicos e sociais.

Relativamente à comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados a maioria dos investigadores apresenta essencialmente críticas negativas aos cuidados institucionalizados prestados a idosos, focando a deterioração física, psicológica e social que deles resulta, descrevendo a vida em comunidade com preferível à vida institucional.<sup>35</sup>

Segundo Calenti<sup>36</sup> as instituições dificilmente podem criar ambientes tão ricos e estimulantes como os da comunidade, privando as pessoas de experiências comuns à maioria dos idosos. O autor afirma ainda que a vida numa instituição não é propícia para o desenvolvimento de capa-

idades sociais necessárias para interagir com o resto da sociedade, pois é desprovida de relações pessoais produtivas. Vieira<sup>37</sup> acrescenta que a institucionalização é uma situação stressante e potenciadora de depressão.

Barroso e Tapadinhas<sup>6</sup> realizaram um estudo com 40 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados com o objectivo de os comparar em termos de depressão e solidão. As autoras concluíram que os idosos institucionalizados apresentavam mais sentimentos de solidão e maiores níveis de depressividade. Ainda neste estudo, os resultados mostram que, ao nível do estado civil, os idosos casados são os que apresentam menor solidão e os que relativamente à percepção pessoal de preocupação familiar e dos amigos e à recepção de visitas dos amigos, foram os que tinham menos contacto e percepção de preocupação dos amigos e familiares quem apresentou mais sentimentos de solidão. Os idosos que apresentavam menor percepção da preocupação dos amigos e menor ocupação dos tempos livres com leitura foram os que apresentaram maior depressão.

Num estudo comparativo entre idosos não institucionalizados e institucionalizados em lares, os idosos institucionalizados apresentaram um risco mais elevado para a existência de depressão moderada a grave do que os idosos não institucionalizados, tendo os dois grupos distribuições similares por faixa etária e estado civil. Os idosos institucionalizados declararam com mais frequência a presença de pensamentos suicidas do que os não-institucionalizados.<sup>38</sup> Lenze<sup>39</sup> refere que a depressão é mais comum em idosos institucionalizados do que nos idosos que vivem nas suas próprias casas. Fernandes<sup>40</sup> apresenta numa revisão de outros estudos, que 14% nos idosos na comunidade apresentam depressão, sendo 25% a 73% a proporção nos idosos institucionalizados.

Neste sentido, foi objectivo da presente investigação comparar os idosos institucionalizados e não institucionalizados em termos de depressão, ideação suicida, dependência e nível de actividade e lazer. Com base no exposto, foram colocadas as seguintes hipóteses: (1) Era esperado que os idosos institucionalizados apresentassem mais depressão, solidão, dependência e ideação suicida e menos actividades de lazer; (2) Era esperado que os idosos com mais ideação suicida apresentassem mais depressão; (3) Era esperado que os idosos com mais depressão apresentassem maior dependência.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Participantes

Foram definidos como critérios de inclusão: idade superior a 64 anos; não apresentar diagnóstico de demência; apresentar um nível de dependência inferior a 75%, estar institucionalizado num lar, estatal ou privado (no caso dos idosos institucionalizados).

Foram definidos como critérios de exclusão: idade inferior a 65 anos; ter diagnóstico de demência; apresentar nível de dependência superior a 75%; estar em internamento em instituições de saúde.

Foi utilizada uma amostra de conveniência de 155 idosos (idade igual ou superior a 65 anos), 84 institucionalizados (em lares estatais e privados) e 71 não institucionalizados, com proporção similar entre os géneros em cada grupo. A recolha foi efectuada em três zonas do país (Algarve, Alentejo e Grande Lisboa) (Tabela 1).

### Medidas

Foi elaborado um questionário para recolher informações sócio-demográficas, percepção do estado de saúde e de solidão.

Actividade e Lazer. Avaliado pelo Índice de Actividade e Lazer criado para a população portuguesa (IAL).<sup>35</sup> A medida pretende avaliar a importância atribuída à ocupação dos tempos livres em idosos: ler, ver televisão, ouvir música, passear, fazer tricô, jogar às cartas, conversar com amigos. O IAL é composto por sete questões de auto-avaliação, tipo *Likert*, que varia de 1. Muito pouca a 5. Muita. A medida permite valores que vão de 7 a 35 pontos, sendo que a maior pontuação corresponde maior importância dada à actividade e lazer. A análise da consistência interna para estes itens conduziu a um  $\alpha$  de Cronbach de 0,65.<sup>35</sup>

*Depressão.* Avaliada pela "Geriatric Depression Scale" (GDS),<sup>41</sup> validada para a população portuguesa.<sup>42</sup> A GDS foi desenvolvida para medir a depressão em idosos e é constituída por 30 itens, com um formato de resposta dicotómico, sim ou não, e pode ser lida ao idoso numa entrevista ou pode ser preenchida de forma independente. Os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 devem ser invertidos. A cotação da GDS é feita a partir da atribuição de 1 ponto para cada item depressivo e 0 pontos para cada item não depressivo, permitindo valores entre 0 a 30, no sentido que maiores valores correspondem a mais depressão. Quanto à sua sensibilidade e especificidade verificam-se valores relativamente elevados na identificação de idosos com diagnóstico clínico de depressão, variando entre 84% e 95%.<sup>43</sup> O estudo de validação deste instrumento para a população portuguesa revelou uma consistência interna elevada para a amostra total e para o grupo com diagnóstico clínico de depressão, com  $\alpha$  de Cronbach de 0,90 e 0,88, respectivamente. Os resultados deste estudo mostram ainda existir uma estabilidade temporal modesta de 0,77 e uma razoável validade convergente com a Escala de Depressão de Zung ( $r = 0,43$ ) e com o diagnóstico clínico de depressão ( $r = 0,33$ ). Foi realizada uma análise factorial e a autora concluiu que a medida é unidimensional. O ponto de corte óptimo é 20 (dois desvios-padrão acima da média), com sensibilidade de 81,8% e especificidade de 95,2%.<sup>42</sup>

Grau de dependência. Avaliado pelo Índice de Barthel,<sup>44</sup> validado para a população portuguesa.<sup>45</sup> O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.<sup>44</sup> A pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de cinco pontos). A pontuação mínima de zero corres-



em casas particulares, tendo a sua selecção sido baseada apenas pelos critérios de inclusão e exclusão.

Todos os participantes foram questionados individualmente e em condições que permitiam manter a confidencialidade. As questões foram feitas oralmente e os questionários foram lidos e preenchidos pelas investigadoras.

Antes do preenchimento foi passado o consentimento informado.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados, tendo os procedimentos estatísticos sido efectuados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Windows.

Para estudar diferenças entre dois grupos com variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-quadrado. No caso das dimensões quantitativas, foi avaliada a sua normalidade, através do teste Kolmogorov-Smirnov, tendo-se optado pela utilização de testes não paramétricos. Para analisar as diferenças entre dois grupos independentes foi utilizado o teste Mann-Whitney e para comparar mais do que dois grupos independentes foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Para a análise das correlações foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Por ter uma cotação no sentido decrescente, os resultados referentes ao índice de actividade e lazer são interpretados de forma invertida.

## RESULTADOS

Relativamente aos participantes institucionalizados, o tempo de internamento médio era de 4,33 anos (DP = 3,70) e a regularidade média com que eram visitados era de 7,13 visitas por mês (DP = 9,76). A maioria dos participantes foram institucionalizados por iniciativa própria (64%) e a maioria dos participantes não institucionalizados vive com

o cônjuge (40%) ou sozinho (37%).

Comparando os participantes institucionalizados e não institucionalizados foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre para a auto-avaliação da saúde, com  $\chi^2 = 10,896$ ;  $p = 0,012$ , sendo os participantes institucionalizados a se auto-avaliarem mais como tendo muito má saúde e os não institucionalizados como tendo uma boa saúde (Tabela 2). Foram, igualmente, encontradas diferenças estatisticamente significativas para a independência com  $z = -7,215$ ;  $p < 0,001$ . Os resultados mostram que os idosos não institucionalizados são mais independentes (Tabela 3).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ( $p > 0,05$ ).

Ao nível das zonas geográficas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o índice de actividade e lazer com  $\chi^2 = 6,085$ ;  $p = 0,048$ , depressão com  $\chi^2 = 13,812$ ;  $p = 0,001$  e ideação suicida com  $\chi^2 = 32,813$ ;  $p < 0,001$ . Os idosos da Grande Lisboa revelaram menor índice de actividade e lazer e menor independência. O grupo de idosos do Alentejo apresentou mais depressão e mais ideação suicida e os participantes do Algarve apresentaram maior índice de actividade e lazer e menor depressão (Tabela 4).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estados civis para a depressão com  $\chi^2 = 11,717$ ;  $p = 0,008$ , sendo os participantes casados ou em união de facto a apresentar menos e os participantes viúvos mais depressão.

No que concerne à situação económica encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a depressão com  $\chi^2 = 9,712$ ;  $p = 0,008$  e ideação suicida com  $\chi^2 = 8,520$ ;  $p = 0,014$ . Os participantes com pior situação

Tabela 2 - Auto-avaliação de saúde e solidão

	Institucionalizados (N=84)		Não institucionalizados (N=71)		$\chi^2$
	N	%	N	%	
Como considera a sua saúde					10,896*
Muito má	22	26,5	9	12,9	
Má	42	50,6	30	42,9	
Nem boa nem má	15	18,1	19	27,1	
Boa	4	4,8	12	17,1	
Com que frequência se sente só					5,679
Sempre	6	7,4	7	10,4	
Muitas vezes	33	40,7	28	41,8	
Algumas vezes	12	14,8	11	16,4	
Raramente	29	35,8	16	23,9	
Nunca	1	1,2	5	7,5	

\*  $p \leq 0,05$ .

Tabela 3 - Diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

	Institucionalizados (N=84)	Não institucionalizados (N=71)	Z
	M Rank	M Rank	
Índice de actividade e lazer	50,65	41,10	-1,708
Depressão	82,08	73,17	-1,234
Independência	54,11	105,57	-7,215*
Ideação suicida	82,95	71,13	-1,926

\*  $p \leq 0,001$ .

Tabela 4 - Diferenças entre zonas geográficas

	Grande Lisboa (N=50)	Alentejo (N=40)	Algarve (N=65)	$\chi^2$
	M Rank	M Rank	M Rank	
Índice de actividade e lazer	39,86	42,13	54,97	6,085*
Depressão	71,15	100,64	69,34	13,812**
Independência	80,97	71,27	78,57	1,127
Ideação suicida	59,95	105,44	73,54	32,813**

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,001$ .

Tabela 5 - Diferenças entre situações económicas

	Má (N=19)	Média (N=82)	Boa (N=16)	$\chi^2$
	M Rank	M Rank	M Rank	
Índice de actividade e lazer	45,18	32,54	31,58	3,875
Depressão	77,42	56,12	42,68	9,712**
Independência	51,36	56,15	73,32	4,049
Ideação suicida	71,32	56,78	41,85	8,520*

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ .

Tabela 6 - Correlação entre as dimensões em estudo

	Índice de actividade e lazer	Depressão	Independência	Ideação suicida
Depressão	0,17			
Independência	-0,32*	-0,27**		
Ideação suicida	0,32*	0,50**	-0,25*	

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

económica são os que apresentam mais depressão e mais ideação suicida (Tabela 5).

Na análise de correlações entre as dimensões em estudo verificou-se que o índice de actividade e lazer se correlacionou de forma positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida, com um valor de correlação de

$Rho = 0,32$ ;  $p = 0,002$  e de forma negativa e estatisticamente significativa com a independência com  $Rho = -0,32$ ;  $p = 0,002$ , que quanto menos actividades de lazer os idosos têm, maior é a ideação suicida e menor é a independência.

A depressão correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida, com um

valor de correlação de  $Rho = 0,50$ ;  $p < 0,001$  e de forma negativa e estatisticamente significativa com a independência, com um valor  $Rho = -0,27$ ;  $p = 0,001$ , sendo que quanto maior é a depressão, maior é a ideação suicida e menor é a independência.

A independência correlacionou-se de forma negativa com a ideação suicida com um valor de correlação  $Rho = -0,25$ ;  $p = 0,002$ , mostrando que quanto mais independentes os idosos são menor é a ideação suicida (Tabela 6).

Foi concomitantemente avaliada a existência de correlação entre as dimensões em estudo e a escolaridade, idade, filhos, tempo de internamento, regularidade das visitas, auto-percepção de saúde e auto-percepção de solidão.

A escolaridade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a independência, com um valor  $Rho = 0,23$ ;  $p = 0,006$  e de forma negativa e estatisticamente significativa com o índice de actividade e lazer, depressão e ideação suicida, com valores de correlação que variam entre  $Rho = -0,22$ ;  $p = 0,008$  (depressão) e  $Rho = -0,54$ ;  $p < 0,001$  (índice de actividade e lazer). Os resultados mostram que quanto maior é a escolaridade maior é a independência, mais actividades de lazer os participantes relatam e menor é a depressão e a ideação suicida.

A idade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o índice de actividade e lazer, com  $Rho = 0,29$ ;  $p = 0,005$  e de forma negativa e estatisticamente significativa com a independência, com  $Rho = -0,27$ ;  $p = 0,001$ . Os resultados revelam que quanto mais idade, menor é a frequência das actividades de lazer e menor é a independência.

O tempo de internamento correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a independência, com um valor de correlação de  $Rho = -0,25$ ;  $p = 0,022$ , sendo que quanto mais longo era o internamento menor é a independência do idoso.

A percepção do estado de saúde correlacionou-se de forma positiva com a independência, com  $Rho = 0,39$ ;  $p < 0,001$  e de forma negativa e estatisticamente significativa com o índice de actividade e lazer, depressão e ideação suicida, com valores de correlação que variam entre  $Rho = -0,23$ ;  $p = 0,028$  (índice de actividade e lazer) e  $Rho = -0,53$ ;  $p < 0,001$  (depressão). Os resultados mostram que quanto melhor é a auto-percepção do estado de saúde maior é a independência, mais actividades de lazer são praticadas e menor é a depressão e ideação suicida.

A percepção de solidão correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a depressão e ideação suicida, com valores  $Rho = -0,62$ ;  $p < 0,001$  e  $Rho = -0,34$ ;  $p < 0,001$ . Os resultados mostram que quanto menos os participantes se sentem sós menor é a depressão e a ideação suicida (Tabela 7).

É de salientar que as correlações encontradas embora sejam estatisticamente significativas, os valores são relativamente baixos (nunca superiores a 50%).

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo principal comparar os idosos institucionalizados e não institucionalizados ao nível da depressão, dependência, actividades de lazer e ideação suicida. Foi idênticamente objectivo analisar a relação entre estas dimensões.

Em primeiro lugar era esperado que os idosos institucionalizados apresentassem mais depressão, solidão, dependência e ideação suicida e menos actividades de lazer.

A literatura que refere maior sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados do que nos não institucionalizados é frequente, tanto a nível internacional, como em Portugal.<sup>6,37-40</sup> Ao contrário destes autores os resultados da presente investigação não permitem confirmar esta parte da hipótese. No mesmo sentido, Barroso e Tapadinhas<sup>6</sup> concluíram, ainda, que os idosos institucionalizados apresentam maior solidão. Os resultados obtidos infirmam igualmente esta informação, não se tendo encontrado diferenças entre idosos a viver em lares ou em casa, em termos de solidão.

Uma possível justificação para a diferença ocorrida é que, ao contrário do que seria previsível, o número de visitas que cada participante recebia, quer fosse interno num lar quer ainda estivesse em casa, apresenta uma grande variância dentro de cada um dos dois grupos e não inter-grupos. Assim, é natural que não sejam notadas diferenças entre os grupos ao nível da auto-percepção de solidão, e consequentemente ao nível da depressão, pois estas variáveis são significativamente relacionadas, sendo a solidão muitas vezes, um factor promotor da depressão, principalmente em idosos. Contudo, tal como é defendido na literatura,<sup>49</sup> também na presente investigação se verificou que existem diferenças entre os dois grupos ao nível da independência, sendo os participantes institucionalizados mais dependentes.

A literatura afirma ainda que os idosos institucionaliza-

Tabela 7 - Correlação entre as dimensões em estudo

	Escolaridade	Idade	Tempo de internamento	Regularidade das visitas	Saúde	Solidão
Índice de actividade e lazer	-0,54***	0,29**	-0,02	0,16	-0,23*	-0,14
Depressão	-0,22**	0,07	0,06	0,05	-0,53***	-0,62***
Independência	0,23**	-0,27***	-0,25*	-0,07	0,39***	0,11
Ideação suicida	-0,31***	-0,06	0,11	-0,10	-0,37***	-0,34***

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

dos apresentam maior ideação suicida<sup>38</sup> e menos actividades de lazer.<sup>35,36</sup> Os resultados voltam a não confirmar estas afirmações, mostrando não existirem diferenças entre os grupos. Muitas vezes a permanência num lar é associada à redução da actividade e das relações sociais, contudo a realidade nos lares parece estar a mudar. Neste momento já se encontram numerosos lares onde são levadas a cabo actividades de lazer com alguma frequência e onde o contacto social é promovido. Por outro lado, também se tem assistido a um maior isolamento da família dos idosos que se mantêm em casa, o que parece equilibrar as percepções de solidão e abandono entre as duas situações. Assim, pode-se compreender que o facto de um idoso estar institucionalizado, por si só, não tem influência na percepção de solidão, na depressão e na ideação suicida.

A única diferença encontrada, nestes domínios, foi a dependência, pois é espectável que os idosos atrasem o mais possível a sua entrada num lar, ocorrendo esta entrada mais frequentemente quando o idoso já se encontra menos independente e a precisar de mais cuidados. O mesmo se passa com a percepção de saúde, onde os participantes em instituições reportaram pior estado de saúde.

Em segundo lugar, era esperado que os idosos com mais ideação suicida apresentassem mais depressão. Os resultados confirmam a hipótese indo no sentido da literatura.<sup>18,20,50</sup>

Por último foi colocado como hipótese que os idosos com mais depressão apresentassem maior dependência. Tal como defendido por outros autores, os resultados mostraram que quanto mais depressão os participantes apresentavam, também maior dependência tinham.<sup>2,17</sup>

Os resultados mostraram ainda que os participantes com mais depressão eram os que tinham menor escolaridade, o que está de acordo com a literatura<sup>17</sup> e que quanto maior é a sintomatologia depressiva maior era também a auto-percepção de solidão e menor era a auto-percepção de saúde. Estes dados estão de acordo com o defendido por outros autores, relativamente à relação da depressão com a solidão<sup>6,51</sup> e depressão com a saúde.<sup>13</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Birkeland A, Natvig GK. Coping with aging and failing health: A qualitative study among elderly living alone. *Int J Nurs Pract*. 2009;15:257-64.
2. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety Stress Coping*. 2006;1:15-31.
3. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 - Resultados pré-definitivos. [Acedido 24 Fevereiro 2012]. Disponível em: <http://www.ine.pt2012>.
4. Rebouças M, Pereira MG. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;4:237-46.
5. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. Prevalencia de dependência funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Publica Mex*. 2011;1:26-33.
6. Barroso VL, Tapadinhas AR. Orfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. [Acedido 3 Novembro 2010]. Disponível em

## Limitações

Podemos apontar como limitações a este estudo o facto de não se ter estudado a história de vida dos participantes, nem o impacto de eventos traumáticos no seu bem-estar. Ainda, sendo um estudo transversal, não permite a generalização dos resultados, para além da dimensão da amostra e das zonas geográficas estudadas, não permitir que a amostra seja representativa da realidade portuguesa.

Sugere-se para estudos futuros a replicação deste estudo aumentando em número as zonas geográficas para recolha de dados, de forma a verificar se estas relações encontradas se mantêm em áreas com menor frequência de suicídios.

## CONCLUSÕES

Parece possível afirmar que não é a institucionalização dos idosos, em si, que pode influenciar a sua saúde mental mas sim a qualidade do acompanhamento ao idoso que é feito nessas instituições.

Com base nos resultados desta investigação, conclui-se que a necessidade de agir de modo preventivo, junto dos idosos, é premente. A prática e o desenvolvimento de actividades de lazer têm-se mostrado na vida dos idosos como um factor de crucial importância. O lazer, não obstante de contribuir para um melhor estado de espírito, pode, no caso dos mais idosos, minorar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento.

## AGRADECIMENTOS

A todos os idosos que se disponibilizaram a participar. A todos os lares que permitiram a realização deste estudo.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

<http://www.psicologia.com.pt>.

7. Seabra D. Idades avançadas, da solidão ao suicídio. In: Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D, editores. *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia; 2006. p. 247-56.
8. Oliver A, Navarro E, Maléndez JC, Molina C, Tomás JM. Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la república dominicana. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;3:189-96.
9. Nunes ME, Santos S. Avaliação funcional de idosos em três programas de actividade física: caminhada, hidroginástica e Liang Cong. *Rev Port Cienc Desporto*. 2009;9:150-9.
10. Machado FL, Roldão C. Imigrantes idosos: uma nova face da imigração em Portugal. Lisboa: Observatório de Imigração; 2010.
11. Avramov D, Maskova M. Active ageing in europe. Estrasburgo: Conselho da Europa; 2003.
12. Barua A, Kar N. Screening for depression in elderly Indian population. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:150-3.
13. Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ,



- et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry*. 2002;8:1367-74.
14. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
  15. Ames D, Chiu E, Lindsay J, Shulman K. Guide to psychiatry of old age. Cambridge: Cambridge University Press; 2010
  16. Takeda M, Tanaka T. Depression in the elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2010;10:277-9.
  17. Forsell Y. Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: data from a 3-year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35:259-63.
  18. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saude Publica*. 2010;4:750-7.
  19. Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *Can J Psychiatry*. 2007;1:475-575.
  20. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JL. Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da actividade física. *Motriz*. 2002;3:91-8.
  21. Marques L, Ramalheira C. Os idosos e o suicídio. In: Firmino H, editor. *Psicogeriatrics*. Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica; 2006. p233-44.
  22. Le Bret S, Perret-Vaille E, Mulliez A, Gerband L, Jalenques I. Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:1052-9.
  23. Malfent D, Wondrak J, Kapuska ND, Sonneck G. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25:843-9.
  24. Quintão S, Costa S, Alves S, Gusmão R. Suicide after 65 years old: current data in Portugal. E-book PALADIN International Conference 2012.
  25. Gil N. Suicídio e comportamentos suicidários no idoso. In: Fernandes L, Pereira MG, Pinto LC, Firmino H, Leuschner A, editores. *Jornadas de Gerontopsiquiatria*. Porto: APG; 2011.
  26. Kapusta ND, Sonneck G. Suicides of men in Austria: An epidemiological analysis over a 30-year period. *J Men's Health Gender*. 2004;1:197-202.
  27. Etzersdorfer A, Voracek M, Kapusta ND, Sonneck G. Epidemiology of suicide in Austria 1990-2000: General decrease, but increased suicide for old men. *Wien Klin Wochenschr*. 2005;117:31-5.
  28. Kapusta ND, Etzersdorfer E, Sonneck G. Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970-2004: An analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:438-44.
  29. Botega NJ, Barros MA, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-León L. Suicidal Behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;1:45-53.
  30. Freitas VS, Botega NJ. Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. *Rev Assoc Bras Med*. 2002;3:245-9.
  31. Saraiva CB. Estudos sobre o para-suicídio e comportamentos suicidários em Portugal. O que leva os jovens a espereitar a morte. Coimbra: Redhorse; 2006.
  32. Szanto K, Prigerson HG, Reynolds III CF. Suicide in the elderly. *Clin Neurosci Res*. 2001;1:36-376.
  33. Chen WJ, Chen CC, Ho CK, Lee MB, Chung YT, Wang YC, et al. The suitability of the BSR5-5 for assessing elderly who have attempted suicide and need to be referred for professional mental health consultation in a metropolitan city, Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:1151-7
  34. Scocco P, Leo D. One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:842-6.
  35. VazSFA. A depressão no idoso institucionalizado. Estudo em idosos residentes nos lares do Distrito de Bragança. Porto: Universidade do Porto; 2009.
  36. Calenti J. Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual. Coruna: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias; 2002.
  37. Vieira E. Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1996.
  38. Rucan PL, Hategan M, Barbat C, Alexiu MT. The emergence of depression in the elderly. *cedia Social Behav Sc*. 2010;2:4966-71.
  39. Lenze E. Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Curr Psychiatry Rep*. 2003;1:62-7.
  40. Fernandes P. A Depressão no Idoso. Coimbra: Quarteto Editora; 2000.
  41. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;1:37-49.
  42. Andrade S. Geriatric Depression Scale (GDS-30): Estudos de validação em grupos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2007.
  43. Sherina M, Zulkefli N, Mustaqim A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pac Fam Med*. 2003;2:196-9.
  44. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J*. 1965;14:61-5.
  45. Araújo F, Pais-Ribeiro JL, Oliveira A, Pinto C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública*. 2007;2:59-66.
  46. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. *J Consul Clin Psychol*. 1979;47:343-352.
  47. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
  48. Beck AT, Steer RA. Beck scale for suicide ideation. San Antonio: Psychological Corporation; 1991.
  49. Noro A, Aro S. Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Qual Life Res*. 1996;5:355-66.
  50. Gibbs LM, Dombrowski AY, Morse J, Siegle GJ, Houck PR, Szanto K. When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:1396-404.
  51. Teixeira LMF. Dissertação de Mestrado em Psicologia, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação – piloto de um programa de intervenção: Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; 2010.