

**MARIA DE LURDES COSTA MOUTINHO SOBRAL
ALMEIDA**

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO, IDEACÃO SUICIDA,
COPING EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS**

Orientador: Edgar Pereira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia**

**Lisboa
2011**

**MARIA DE LURDES COSTA MOUTINHO SOBRAL
ALMEIDA**

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO, IDEACÃO SUICIDA,
COPING EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Edgar Pereira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2011

Agradecimentos

À minha família em especial ao meu filho Nuno Miguel, que esperou sempre por este momento! A conclusão.

Aos responsáveis das Instituições, do Algarve, santa Casa da Misericórdia de Sagres, Vila do Bispo, Raposeira, Aljezur, os meus agradecimentos.

Aos responsáveis das Instituições do Alentejo, de Castro Verde, Messejana, Ermidas do Sado, Alcácer do Sal, por me terem aberto as portas e acolhido tão bem!

Aos responsáveis pelas Instituições de Lisboa, Mem Martins, Casa de Repouso A Sabedoria, Mar Tranquilo, Oceano, Centro de Dia , e outros.

Aos meus queridos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados pela forma tão carinhosa como me receberam, pelas sábias histórias de vida que me contaram, pelos poemas que me ofereceram, e pelos saberes que me transmitiram vai todo o meu respeito e carinho!

Ao meu estimado Professor Doutor Edgar Pereira, pelos conselhos e ensinamentos, o meu carinhoso agradecimento!

Ao meu professor e responsável pela parte prática da tese, Doutor Paulo Sargento o meu agradecimento

A todos os meus professores que ao longo do curso e mestrado, contribuíram para que eu pudesse saber mais um pouco, o meu agradecimento.

Ao Doutor Fernando Serrano, pelo trabalho e empenho, o meu reconhecido agradecimento.

Por fim, ao Coordenador dos Mestrados Doutro Nuno Colaço, pelo incentivo que transmite aos alunos sobre como fazer melhor: ilustrando esse melhor da seguinte forma.

“ Põe tudo o que és no mais pequeno que fazes.”

Fernando Pessoa

Dedicatória

À memória da minha mãe que desde sempre lutou, para que este trabalho fosse concluído, proporcionando-me todas as condições, para que eu o pudesse terminar.

Para o meu filho Nuno Miguel, que nos momentos mais delicados me incentivou a concluir, dizendo-me: ” Já que chegaste até aqui, agora vais até ao fim”!

Para a minha amiga Sónia que esteve sempre disponível, para as dúvidas que se apresentavam, com a compreensão própria de um ser muito nobre!

Para o Rui Correia, meu amigo e confidente de longa data, pela força e motivação para a conclusão deste trabalho!

Para toda a família que me apoiou e esteve comigo!

Resumo

O presente estudo teve como objectivo principal comparar idosos institucionalizados e não institucionalizados em termos de depressão, ansiedade, dependência, actividades de lazer, estratégias de *coping* e ideação suicida. Foi utilizada uma amostra recolhida no Algarve, Alentejo e Grande Lisboa, de 156 idosos, 85 institucionalizados e 71 não institucionalizados, com proporção similar entre os géneros. Foram como instrumentos: Índice de Actividade e Lazer (IAL; Vaz, 2009); *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, et al., 1983), Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSI, Beck, Kovacs, & Weissman, 1979), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; Beck & Steer, 1993) e Brief COPE (Brief COPE; Carver, Scheier, & Weintraub (1989). Os resultados mostraram que os idosos institucionalizados apresentavam um maior índice de dependência, mas não apresentavam maior depressão, solidão, ideação suicida nem menor nível de actividade e lazer. Os idosos com ideação suicida mais elevada apresentavam mais depressão e ansiedade e menos estratégias de coping focadas no problema. Uma auto-percepção de pior saúde e de mais solidão relacionou-se com mais ansiedade e depressão. Uma maior actividade e lazer relacionou-se com mais estratégias de coping focadas no problema, menos ansiedade e menos ideação suicida.

Palavras-chave: Ideação suicida, depressão, ansiedade, coping, idosos.

Abstract

This study's main objective was to compare non-institutionalized and institutionalized elderly in terms of depression, anxiety, addiction, leisure activities, coping strategies and suicidal ideation. The sample was collected in the Algarve, Alentejo and Great Lisbon, in 155 elderly, 85 institutionalized and 71 non-institutionalized, with similar proportions between genders. The instruments were: Leisure Activity Index (LAI; Vaz, 2009), Geriatric Depression Scale (GDS, Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, et al., 1983), Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965), Beck Scale for Suicide Ideation (BSI, Beck, Kovacs, & Weissman, 1979), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 1993) and Brief COPE (Brief COPE; Carver, Scheier, & Weintraub (1989). The results showed that institutionalized elderly subjects had a higher rate of dependency, but had no more depression, loneliness, suicidal ideation or lower level of activity and leisure. Individuals with higher suicide ideation reported more depression and less anxiety and less strategies focused coping in trouble. A self-perception of poor health and more loneliness was related to more anxiety and depression. Increased activity and leisure was related to more coping strategies focused in the problem, less anxiety and less suicidal ideation.

Key-words: Suicidal ideation, depression, anxiety, coping, elderly.

Índice

Introdução	9
Cap. I – Fundamentação Teórica	12
1.1. Ser Idoso	13
1.2. Depressão no Idoso	16
1.3. Ansiedade no Idoso.....	17
1.4. Auto-suficiência, Actividade e Lazer no Idoso.....	19
1.5. Estratégias de Coping no Idoso	21
1.5.1. Coping e Depressão	23
1.6. Ideação Suicida, Tentativas de Suicídio e Suicídio no Idoso	24
1.6.1. Ideação Suicida.....	26
1.6.2. Tentativa de Suicídio	26
1.6.3. Suicídio.....	27
1.7. Diferenças entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados	28
1.8. Objectivos e Hipóteses.....	30
Cap. II – Método	31
2.1. Participantes	32
2.2. Medidas	35
2.3. Procedimento	38
Cap. III – Resultados	40
3.1. Auto-avaliação de saúde e solidão	41
3.2. Fidelidade e normalidade das dimensões em estudo	42
3.3. Diferença entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.....	44
3.4. Diferenças entre géneros.....	46
3.5. Diferenças entre zonas geográficas	48
3.6. Diferenças entre estados civis	50
3.7. Diferenças entre situações económicas	52
3.8. Correlações.....	54
Cap. IV – Discussão	62
Conclusão	69
Referências	71
Apêndices.....	i
Protocolo.....	ii

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados	32
Tabela 2. Auto-avaliação de saúde e solidão.....	41
Tabela 3. Fidelidade das Dimensões em Estudo	42
Tabela 4. Normalidade das Dimensões em Estudo	44
Tabela 5. Diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados	45
Tabela 6. Diferenças entre géneros.....	46
Tabela 7. Diferenças entre zonas geográficas.....	49
Tabela 8. Diferenças entre estados civis.....	51
Tabela 9. Diferenças entre situações económicas.....	52
Tabela 10. Correlação entre as dimensões em estudo	55
Tabela 11. Correlação entre as dimensões em estudo	57

INTRODUÇÃO

O crescimento acentuado da população com mais de 65 anos está a ter impacto nos cuidados de saúde mental. Em 1999 o sistema de saúde já prestava um cuidado pobre na geriatria, prevendo-se que nas próximas décadas pudesse surgir uma crise nos cuidados de saúde mental geriátricos (Jeste, et al., 1999).

Oliveira (2005) refere que há alguns anos a Organização mundial de Saúde propunha como meta aumentar a esperança média de vida, contudo actualmente considera como objectivo uma melhor qualidade de vida que passa por manter os idosos activos, preenchendo o seu sentido para a vida.

A degradação, tanto física como mental, que advém do envelhecimento trás consequências graves ao bem-estar dos idosos e à sua relação com o meio em que vivem.

A depressão tem-se mostrado como a perturbação mental mais comum na comunidade idosa (Barua & Kar, 2010; Denihan, Kirby, Bruce, Cunningham, Coakley, & Lawlor, 2000).

Uma vez que a depressão na população idosa está subtratada, o que consiste num problema de saúde pública significativo (Wang, et al., 2008), os esforços para aumentar a incidência do tratamento continuam a ser necessários.

Além da depressão, também a ansiedade (Miller, 2009; Sinoff & Werner, 2003), as estratégias de *coping* (Bagheri-Nesami, Rafii, & Oskouie, 2010) e o grau de dependência (Barroso & Tapadinhas, 2006; Manrique-Espinoza, Salinas-Roddríguez, Moreno-Tamayo, & Téllez-Rojo, 2011; Oliver, et al., 2009) influem na qualidade de vida dos idosos.

Como uma das mais graves consequências, se não a mais grave, destes problemas físicos e psicológicos surge o suicídio. Por exemplo, Minayo e Cavalcante (2010) referem que existe uma relação muito forte entre o suicídio e a presença de perturbações mentais nas pessoas idosas.

Ser do sexo masculino, bem como ter uma doença mental (especialmente depressão), doenças físicas e conflitos interpessoais são os factores de risco mais referidos para o suicídio no idoso (Grek, 2007). Segundo o mesmo autor, existem evidências que sugerem que o tratamento sistemático da depressão reduz a taxa de suicídio nos idosos.

Neste sentido, parece importante estudar a efectiva relação entre a ideação suicida, a depressão, ansiedade e estratégias de *coping* em idosos e como pode interferir o facto de estarem ou não institucionalizados e qual a influência do estado de auto-suficiência.

A apresentação deste estudo seguiu os seguintes passos: Uma primeira parte de contextualização teórica, onde se abordam os conceitos de depressão, ansiedade, auto-suficiência, actividade e lazer, estratégias de *coping*, ideação suicida, tentativas de suicídio e

suicídio e a sua implicação na vida do idoso. Na segunda parte foram apresentados os participantes, as medidas utilizadas e o modo como decorreu a investigação. Na terceira parte foram descritos os resultados estatísticos obtidos e na quarta parte procedeu-se à discussão desses resultados. Apresentam-se ainda uma conclusão sucinta ao trabalho.

Este trabalho segue as normas da Associação Psiquiátrica Americana adaptadas pela Universidade Lusófona para dissertações de mestrado e doutoramento.

CAP. I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Ser Idoso

O envelhecimento acarreta mudanças no padrão das doenças e na frequência das incapacidades (Rebouças & Pereira, 2008) e está a fazer surgir novos problemas sociais (Ferreira-Alves & Novo, 2006). Segundo Ferreira-Alves e Novo (2006), um desses problemas sociais trata-se da discriminação social veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas interações diárias com os idosos e/ou disseminados através dos meios de comunicação.

Os estudos científicos que analisam os estereótipos sobre os idosos, efectuados essencialmente desde o final da primeira metade do século XX, mostram durante décadas o predomínio injustificado de uma imagem negativa do envelhecimento e das pessoas idosas. Estes estereótipos que podem traduzir-se em barreiras à funcionalidade dos idosos, não são mais do que falsas concepções, uma vez que recusam a enorme heterogeneidade que caracteriza o processo de envelhecimento e que está presente, mesmo quando nos referimos a grupos etários mais avançados (Magalhães, Fernandes, Antão, & Anes, 2010).

Palmore (1999) define idadismo como o preconceito ou forma de discriminação, contra ou a favor de um grupo etário. Os estereótipos são geralmente cognitivos, enquanto as atitudes são geralmente afectivas. Neste contexto, os estereótipos negativos levam a atitudes negativas e as atitudes negativas fundamentam os estereótipos negativos. Este autor defende que existem, principalmente, nove estereótipos negativos que mostram o preconceito relativamente às pessoas idosas: doença, impotência sexual, fealdade, declínio mental, doença mental, inutilidade, isolamento, pobreza e depressão.

Num estudo português realizado junto de 324 idosos, para perceber a auto-percepção da discriminação, os autores (Ferreira-Alves & Novo, 2006) referem ter encontrado presença de percepção de discriminação numa parte significativa da amostra e que as ocorrências mais frequentemente percebidas situam-se em interações com profissionais de saúde e em outros contextos interpessoais em que os interlocutores supõem *a priori* que a pessoa idosa já não ouve bem ou não compreende bem. Foi ainda encontrada uma associação positiva da percepção da discriminação com a idade.

Contudo, existem outros estudos que referem uma tendência de aumento da imagem positiva da velhice, como é exemplo o estudo efectuado com 375 estudantes universitários do distrito de Bragança, onde uma elevada percentagem da amostra concorda com a totalidade

dos estereótipos de orientação positiva e discorda da maioria dos estereótipos de orientação negativa. Apesar do predomínio da discordância, o estudo mostra que alguns dos estereótipos negativos persistem, sendo estes os que se incluem na estereotipia de dependência e na estereotipia da decadência da imagem física (Magalhães, 2010).

Erikson (1987) desenvolveu uma teoria do ciclo de vida, em que existem diversos estágios, a que ele chamou de psicossociais. Nestes estágios o autor descreveu algumas crises pelas quais o ego passa, ao longo do ciclo vital. Estas crises seriam estruturadas de forma que, ao sair delas, o sujeito sairia com um ego (no sentido freudiano) mais fortalecido ou mais frágil, de acordo com sua vivência do conflito, e este final de crise influenciaria directamente o próximo estágio, de forma que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estariam completamente imbricados no seu contexto social, palco destas crises.

O estágio referente à terceira idade foi denominado Integridade vs desespero. Neste estágio, Erikson (1987) considera que é tempo do indivíduo reflectir, rever sua vida, o que fez e o que deixou de fazer. Esta retrospectiva pode ser vivenciada de diferentes formas: o indivíduo pode simplesmente entrar em desespero ao ver a morte a se aproximar (sentimento de que o tempo acabou, de que nada mais pode fazer pela sociedade, pela família, ...), vivendo em nostalgia; ou o indivíduo pode vive-la de forma positiva (sentindo a sensação de dever cumprido, experimentando o sentimento de dignidade e integridade).

Neste estágio Erikson (1987) aborda duas principais possibilidades: procurar novas formas de estruturar o tempo e utilizar a sua experiência de vida em prol de viver bem os últimos anos ou estagnar diante “do terrível fim”, quando o desespero toma conta da pessoa.

Cancela (2007) refere que se fala correntemente do envelhecimento como se tratasse de um estado, sendo tendencialmente classificado de terceira ou quarta idade. No entanto, para este autor o envelhecimento não é um estado mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, que afecta todos os seres vivos. Desta forma, não é possível datar o seu início pois de acordo com o nível em que o envelhecimento se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade, divergem de pessoa para pessoa.

Gonçalves (2010) menciona que, normalmente, define-se de terceira idade dos 65 aos 79 anos e quarta idade os idosos com 80 ou mais anos.

Contudo, actualmente, chegadas aos 65 anos cada vez mais pessoas estão longe do declínio das suas capacidades físicas e mentais, que é outro marcador incontornável da velhice para além da idade. Se há três ou quatro décadas esse declínio começava entre os 60 e os 70 anos e se sobrepunha, assim, à passagem à reforma, hoje não é assim. As condições de

reformado e de idoso vão-se progressivamente dissociando (Fernandes, 2001). 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). O facto da idade média de reforma nos países mais ricos ter estado em queda contínua a partir dos anos 70 do século passado até anos recentes, devido a políticas de reforma antecipada, que alegadamente se propunham a promover o emprego dos mais jovens, tornou essa dissociação ainda mais flagrante (Avramov & Maskova, 2003).

No mesmo sentido, Machado e Roldão (2010) referem que a introdução do conceito de “quarta idade” trouxe maior especificação conceptual neste domínio. Para estes autores é notório, hoje, nas sociedades mais desenvolvidas, que o quadro de vulnerabilidade e dependência associado à velhice começa mais tarde, não na casa dos 60 anos. 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.

Serra (2006) refere ainda que o idoso saudável, normalmente com uma idade inferior a 85 anos, pouco se diferencia do adulto de meia-idade, revelando-se uma pessoa activa e envolvida nos seus interesses.

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 (Bireland & Natvig, 2009; Greenglass, Fiksenbaum, & Eaton, 2006).

Os últimos números disponíveis no Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010) remontam a 2009 e mostram que cerca de 18 por cento (1.901.153) da população residente em Portugal tem 64 ou mais anos, sendo entre estes 41 por cento homens e 59 por cento mulheres.

Jeste e colaboradores (1999) prevêem que o número de pessoas com mais de 65 anos com distúrbios psiquiátricos nos Estados Unidos vai aumentar de cerca de 4 milhões em 1970 a 15 milhões em 2030. O actual sistema de atenção de saúde atende de forma insuficiente os idosos com doença mental e não está preparado para enfrentar a crise provocada pela crescente necessidade de acesso à saúde mental geriátrica.

Abordaremos de seguida algumas das perturbações psiquiátricas mais comuns na terceira e quarta idade.

1.2. Depressão no Idoso

A depressão é uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica (Wilkinson, Moore, & Moore, 2005).

Esta perturbação é uma doença mental grave que perturba o equilíbrio emocional de uma pessoa, levando uma diminuição da qualidade de vida (Rucan, Hategan, Barbat, & Alexiu, 2010).

Na depressão incipiente manifestam-se alguns dos sintomas: humor triste persistente; perturbação do sono; perda do interesse ou do prazer pelas actividades habituais; diminuição da energia e fadiga; perda do apetite ou do peso; diminuição da eficiência; auto-recriminação e culpa; incapacidade para se concentrar e tomar decisões; e diminuição do desejo e da função sexuais, podendo também encontrar-se concomitantemente ansiedade, irritabilidade, agitação e lentidão. Na depressão grave além de estarem presentes estas características e com maior intensidade, estas podem ser acompanhadas por: ideação, planos ou tentativas de suicídio; recusa da alimentação; e ideias delirantes e/ou alucinações (Wilkinson et al., 2005).

Barua e Kar (2010) referem que existe uma prevalência elevada de perturbação mental na velhice, e a que predomina entre estas perturbações é a depressão.

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 (Bruce, et al., 2002).

As características da depressão dos idosos podem ser resumidas como: os doentes são muitas vezes objecto de doenças somáticas; os pacientes são mais afectados por factores ambientais ou factores psicológicos; o curso é por vezes, atípico; e os pacientes são facilmente afectados por efeitos adversos da farmacoterapia (Takeda & Tanaka, 2010).

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 (Takeda & Tanaka, 2010).

Num estudo com 955 pacientes em tratamento psiquiátrico para a perturbação depressão major realizado nos Estados Unidos, Mueller e colaboradores (2005), retiraram uma sub-amostra de 332 sujeitos com idades iguais ou superiores a 65 anos. Os autores compararam esta sub-amostra com os participantes dos outros escalões etários (17-30, 31-50 e

51-64) e concluíram que os idosos apresentavam mais depressão primária e uma maior recorrência, apesar de apresentarem igual tempo médio de recuperação.

Contudo, Denihan e colaboradores (2000) realizaram um estudo com 127 idosos com 65 ou mais anos e concluíram que a resposta à medicação para tratamento da depressão, nesta faixa etária, é muito positiva.

Relativamente aos idosos que recebem tratamentos de saúde em casa, Bruce e colaboradores (2002) referem que não se conhece muito sobre a sua saúde mental. Num estudo que realizaram com 539 pacientes com 65 ou mais anos, 13.5% tinham como diagnóstico depressão major. Nestes pacientes a depressão major estava associada a morbilidade médica, incapacidade instrumental para realizar as actividades do dia-a-dia, com história passada de depressão, com o relato de dor, mas não com o funcionamento cognitivo ou factores sociodemográficos. Concluindo o seu trabalho, Bruce e colaboradores (2002) defendem que a depressão em pacientes que recebem tratamento em casa é o dobro da dos idosos que recebem tratamento em ambulatório e que a maioria destes pacientes, com depressão, não está a ser tratada (78%).

Andrade (2007) e Vaz (2009) referem, que tal como nas restantes faixas etárias, nos idosos portugueses também as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva do que os homens.

Forsell (2000) 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, ter dependência nas tarefas do dia-a-dia e usar apoio domiciliário comparando com os idosos institucionalizados.

Stella, Gobbi, Corazza e Costa (2002) referem ainda que nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos.

A ansiedade é outra das perturbações com preponderância nos idosos.

1.3. Ansiedade no Idoso

A ansiedade refere-se a um complexo e variado padrão de comportamentos que se produzem como uma resposta interna (cognitiva) ou externa (ao meio) a um estímulo e que pode aparecer em três canais: (1) o canal subjectivo ou introspectivo; (2) os padrões de activação somática ou visceral (ex. batimento cardíaco acelerado, respiração agitada, tensão

muscular); e (3) canal que implica o motor somático do comportamento (ex. palpitações) (Baptista, 2000; Bernstein, 1981).

A ansiedade caracteriza-se por emoções negativas que são excessivas e persistentes. As pessoas ansiosas usam mais a supressão e têm uma maior tendência a julgar as suas emoções negativas como inaceitáveis (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006).

Apesar de se defender na literatura que nos idosos a ansiedade é menos prevalente do que a depressão, existem estudos que mostram o contrário (Wetherell, Maser, & Van Balkom, 2005). Wetherell e colaboradores (2005) defendem, também, que apesar de ser comumente referido que a ansiedade típica nos idosos é um estado misto de ansiedade-depressão, a prevalência deste estado misto é inferior à prevalência da depressão major ou das perturbações da ansiedade.

A ansiedade, apesar de ser uma patologia muito comum, é subestimada, pouco tratada e pobremente estudada, nos idosos (Alwahhabi, 2003).

Um problema comum para os clínicos é a distinção das diferentes causas da ansiedade nos idosos, podendo ser: (1) devida a uma reacção a um evento traumático; (2) associada a doença médica; (3) associada ao uso de medicação; (4) associada a perturbações específicas da ansiedade; e (5) sintomas que são destabilizadores mas que não cumprem os critérios de diagnóstico de uma perturbação da ansiedade particular (Alwahhabi, 2003).

Kirmiziloglu e colaboradores (2009) num estudo com 462 idosos da Turquia com 65 anos ou mais, referiram que a prevalência da fobia específica é superior nos idosos do que na restante população adulta e que, no que respeita à Perturbação Obsessivo-Compulsiva existe equivalência entre idosos e restantes adultos. Os autores referem ainda que o tipo de ansiedade mais frequente nos idosos é as fobias específicas e seguidamente a ansiedade generalizada. No entanto, van der Weele e colaboradores (2009), com uma amostra de 201 idosos da Alemanha, com 90 anos, referem que a perturbação da ansiedade mais frequente é a ansiedade generalizada.

A ansiedade nos idosos aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida, aumentando concomitantemente o risco de morte (Miller, 2009; Sinoff & Werner, 2003).

As perturbações ansiosas acarretam elevados custos ao sistema de saúde pois estão associadas a mais visitas aos cuidados de saúde primários e ao aumento da duração dessas visitas (Wetherell, et al., 2005).

São vários os factores que são referidos como preditores da sintomatologia ansiosa nos idosos.

Forsell (2000) afirma que a ansiedade é mais frequente nos idosos que não recebem visitas de familiares ou amigos, quer sejam idosos institucionalizados quer ainda vivam nas suas casas.

Kim, Morales e Bogner (2008), com uma amostra de 330 idosos com 65 anos ou mais em acompanhamento pelo médico de família, referem que existem diferenças étnicas relativamente à presença de ansiedade, referindo que a etnia caucasiana tem maior prevalência das perturbações ansiosas do que a etnia negra.

Grammatikopoulos e Koutentaris (2010), num estudo com 132 idosos com 65 ou mais anos e que frequentam centros de dia, na Grécia, referiram a ansiedade é mais prevalente em idosos com baixa actividade social e nos viúvos.

Relativamente à diferença entre géneros é uma constante na literatura as mulheres serem apontadas como tendo mais ansiedade (Grammatikopoulos & Koutentaris, 2010; Schoevers, Beekman, & Deeg, 2003), mais fobias específicas (Kirmizioglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009) e maior comorbilidade entre depressão e ansiedade (Schoevers, Beekman, & Deeg, 2003).

1.4. Auto-suficiência, Actividade e Lazer no Idoso

No processo de envelhecimento, as funções física, cognitiva e sensorial debilitam-se, conduzindo à deterioração das capacidades funcionais (Manrique-Espinoza, Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo, & Téllez-Rojo, 2011).

A auto-suficiência no cuidado de si próprio e em actividades afins, realizadas no contexto do domicílio, ou outras que envolvam deslocação, com ou sem transporte, é muito importante para o idoso (Barroso & Tapadinhas, 2006).

Encontram-se na literatura alguns estudos epidemiológicos da dependência em idosos.

Um estudo realizado na Finlândia, com uma amostra de 3656 idosos entre os 65 e os 84 anos residentes em lares, apresentou prevalências de 6% para os idosos independentes, 31% para os que requerem alguma ajuda e 63% para os dependentes na mobilização (Noro & Aro, 1996).

No México, Manrique-Espinoza e colaboradores (2011), com uma amostra de 1430 idosos em condições de pobreza, com 70 ou mais anos, verificaram uma prevalência de 31% para os idosos com algum grau de dependência, e destes 31%, 36% apresentam dependência severa. Estes autores concluíram ainda que a dependência aumenta com a idade, sendo de 25.2% entre os 70 e os 79 anos, de 38.3% entre os 80 e os 89 anos e de 52% nos idosos com 90 ou mais anos.

Seabra (2006) refere que o índice de dependência dos idosos, definido em pessoas 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.

Noro e Aro (1996) referem que, entre os idosos institucionalizados, as mulheres apresentam maior mobilidade física, não havendo diferenças entre géneros relativamente ao sono, dores, reacções emocionais e isolamento social; que os viúvos apresentam mais dores e maior isolamento social, mas maior mobilidade física; que em termos de educação, só existem diferenças significativas relativamente ao isolamento social, sendo os idosos com mais habilitações académicos os que apresentam menor isolamento; e que os idosos que estão institucionalizados há mais tempo são os que têm menos energia e menor mobilidade física.

Num estudo realizado em Espanha, com 825 idosos com 60 ou mais anos, Linares, Herrera, Fuentes e Ación (2008) definiram como preditores da dependência em actividades básicas a maior percepção da saúde, maior percepção das limitações, menor consumo de álcool, menor prática de exercício físico, menor satisfação com a vida e menos habilitações académicas. Como factores preditores da dependência em actividades instrumentais os autores apontaram maior percepção da saúde, maior percepção das limitações, maior consumo de tabaco, menor prática de exercício físico, menor satisfação com a vida e menos habilitações académicas.

Segundo Oliver e colaboradores (2009) os idosos com maior autonomia demonstram maior domínio do ambiente, maior crescimento pessoal, mais reacções positivas e mais objectivos de vida.

Greenglass, Fiksenbaum e Eaton (2006) apresentaram um estudo que analisa o uso de estratégias de *coping* pró-activas em idosos em relação à sua depressão e à sua capacidade funcional. Os resultados mostraram que a depressão é positivamente associada com a incapacidade funcional.

Almeida (2006) defende que no envelhecimento activo existem três áreas a ter em consideração: a biológica, intelectual e emocional. A autora refere que com o envelhecimento, por exemplo, as pessoas tendem a perder hábitos de leitura ou a lerem textos pouco exigentes a nível intelectual e que a nível emocional, a motivação assume uma importância extrema, acrescentando ainda que por de trás dos problemas de motivação estão muitas vezes problemas emocionais como a depressão e a ansiedade.

A prática e o desenvolvimento de actividades de lazer têm-se mostrado na vida dos idosos como um factor de crucial importância. O lazer, além de contribuir para um melhor estado de espírito, pode, no caso dos mais velhos, amenizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento. Todavia, os idosos parecem não atribuir ao lazer grande importância para as suas vidas e, quando isto não é vivenciado, as causas prendem-se com a falta de condições e/ou oportunidades. (Martins, sem data).

Martins (sem data) acrescenta ainda que os homens e os idosos em domicílio apresentam mais actividades de lazer do que as mulheres e os idosos institucionalizados, respectivamente.

Nunes e Santos (2009) referem ainda que os benefícios que estão associados à actividade física regular proporcionam uma vida independente, melhora na qualidade de vida e capacidade funcional durante o envelhecimento.

As estratégias de *coping* têm, igualmente, um papel importante no bem-estar dos idosos.

1.5. Estratégias de *Coping* no Idoso

O *coping* é entendido como um processo dinâmico e modulável, de acordo com as avaliações e reavaliações feitas sobre determinado acontecimento, sendo descrito como uma constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para gerir as exigências internas e/ou externas, específicas, que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo Monat, Lazarus e Gretchers (2007) o *coping* deve ser visto como uma tentativa individual de enfrentar as ameaças ou exigências do dia-a-dia.

O conceito de *coping* pode ser igualmente percebido como adaptação (Clarke, 1984; Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* pode ser centrado no problema (tentativas de gerir ou modificar o problema) ou na emoção (tentativa de diminuir ou terminar o impacto emocional do stress no indivíduo). O primeiro tende a ser mais adaptativo e o segundo deriva, principalmente, de processos defensivos, levando frequentemente ao evitamento (Lazarus & Folkman, 1984; Monat, Lazarus, & Gretchers, 2007).

Folkman e Lazarus (1984) defendem que as pessoas usam os dois tipos de estratégias para combater os eventos mais stressantes, e a predominância de um tipo de estratégia em detrimento de outro é determinada, em parte, pelo estilo pessoal e também pelo tipo de evento stressante.

Em idosos, o *coping* tem a particularidade de reflectir as suas histórias individuais, de toda uma vida (Pietila & Tervo, 1998).

A percepção das estratégias de *coping* e das suas consequências para a saúde, em idosos, é importante para garantir um envelhecimento saudável (Bagheri-Nesami, Rafii, & Oskouie, 2010). Merlo e colaboradores (2000), referem mesmo que estratégias de *coping* insuficientes para lidar com o stress, em idosos, podem levar ao aumento da susceptibilidade para a doença e à morte.

Existem evidências empíricas de que os idosos apresentam mecanismos de defesa mais maduros que os jovens, contudo, segundo Whitty (2003) a efectividade das estratégias de *coping* não se mostra diferente entre eles.

Num estudo da Universidade de Yale realizado com 660 pessoas acima dos 50 anos, Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002) concluíram que os participantes com auto-percepções mais positivas do envelhecimento viviam, em média, mais 7.5 anos do que os que tinham auto-percepções menos positivas.

Bagheri-Nesami e colaboradores (2010) estudaram as estratégias de *coping* para lidar com o envelhecimento em mulheres idosas do Iraque, tendo concluído que as mesmas usavam tanto estratégias focadas no problema como na emoção, quer ao nível da indução do sono, da gestão da incontinência, da perda de memória, etc. Os autores defenderam, igualmente, que o *coping* para com o envelhecimento era facilitado pela utilização activa dos tempos livres. Contudo, as estratégias de evitamento eram também utilizadas pelas participantes, pois mostravam-se relutantes em aceitar as alterações físicas provocadas pela idade, referindo tentar fugir do problema através do humor, auto-distracção, auto-sugestão, saindo de casa ou indo dormir.

Birkeland e Natvig (2009) realizaram um estudo qualitativo em que analisaram entrevistas a idosos com problemas de saúde física, que vivem em casa e que tinham uma média etária de 82 anos. Os resultados mostraram que, mesmo que as limitações físicas coloquem limites no seu nível de actividade, os idosos foram capazes de se adaptar e realizar diversas actividades que não exigem qualquer esforço físico. A principal estratégia de *coping* utilizada foi aceitar a situação, mas a aceitação foi muitas vezes mascarada por uma aceitação resignada e passiva. Os autores referem ainda que se o idoso tende a ser passivo e resignado, pode ser necessário que os serviços de apoio da comunidade tenham de ter uma abordagem mais activa para treinar a resolução de problemas com esses pacientes, a fim de ajudá-los a criar um ritmo diário com o qual eles possam se sentir confortáveis.

Vários autores estudaram o *coping* em idosos atendendo às diferenças entre sexos. Yeh, Huang, Chou e Wan (2009) obtiveram como resultados de um estudo com 875 idosos a fazer hemodiálise, que as mulheres usam mais estratégias de *coping* orientadas para a emoção e de procura de suporte social, enquanto os homens mostraram usar mais estratégias de evitamento.

1.5.1. *Coping* e Depressão

As estratégias de *coping* cognitivo parecem desempenhar um papel importante em relação aos sintomas depressivos na vida adulta. Kraaij, Pruyboom e Garefski (2002) encontraram resultados que mostram que os idosos com mais sintomas depressivos relatam usar mais a aceitação, a ruminação e o pensamento catastrófico e usar menos a reavaliação positiva do que aqueles com menos sintomas de depressão. Depois de controlar os eventos de vida negativos e os sintomas depressivos anteriores, a aceitação e a reavaliação positiva mantiveram a sua correlação significativa com os sintomas depressivos actuais.

De acordo com Monat e colaboradores (2007), nos idosos, a aceitação passiva, o desamparo e a depressão implicam pior adaptação do que nos idosos que reagem com raiva e não-aceitação do que lhes desagrada.

Num estudo realizado com 194 pessoas com 65 ou mais anos, Kraaij, Garnefskii e Maes (2002) concluíram que as estratégias de *coping* orientadas para a emoção, no geral, e as estratégias de evitamento, no específico, estavam relacionadas com menos sintomas de depressão.

Greenglass, Fiksenbaum e Eaton (2006) apresentaram um estudo que analisa o uso de estratégias de *coping* pró-activas em idosos em relação à sua depressão e à sua capacidade funcional. Os resultados obtidos através de modelagem de equações estruturais mostraram que o *coping* pró-ativo foi negativamente associado com a incapacidade funcional e com a depressão. O apoio social foi positivamente associado com o *coping* pró-ativo e negativamente com a depressão.

1.6. Ideação Suicida, Tentativas de Suicídio e Suicídio no Idoso

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), revelam que o suicídio vitima aproximadamente um milhão de pessoas no mundo por ano. Para esta organização, a violência auto-dirigida manifesta-se de duas maneiras: no comportamento suicida (por meio de pensamentos, tentativa e pelo suicídio consumado) e por meio de actos violentos provocados contra a própria pessoa, como são exemplo as mutilações.

Actualmente, o suicídio e as auto-agressões entre os idosos são um grave problema de saúde pública (Lebret, Perret-Vaille, Mulliez, Gerband, & Jalenques, 2006).

No passado, a gerontologia era tradicionalmente centrada na doença e na incapacidade, mas agora o foco está a ser dado ao bem-estar dos idosos. Um importante factor psicológico proposto na manutenção da saúde e bem-estar é a resiliência, definida como a capacidade de adaptação à mudança e a capacidade de prosperar em face da adversidade ou de recuperar de acontecimentos negativos (Connor, 2006).

Vários estudos têm estudado a relação entre resiliência e comportamentos suicidas. Por exemplo, num estudo de Heisel e Flett (2008) a resiliência foi definida com um factor de previsão da ideação suicida entre idosos; e num estudo de Roy, Sarchiapone e Carli (2007) os resultados mostraram que quanto à associação da resiliência com o comportamento suicida de 100 pacientes dependentes de substâncias psicoactivas em recuperação, aqueles com histórico de tentativas de suicídio apresentavam significativamente menor resiliência do que os pacientes que nunca tinham tentado o suicídio.

Factores psicológicos, como ansiedade, agressividade, solidão e baixa auto-estima, também têm sido associados a comportamentos suicidas (Gibbs, Dombrovs, Morse, Siegle, Houch, & Szanto, 2009; Lau, Morse, & Macfarlane, 2010; Massee, 2000) e em

particular a depressão (Bruce et al., 2004; Gibbs, et al., 2009; Minayo & Cavalcante, 2010; Rue, Myers, Rowe, Heo, & Bruce, 2007).

A literatura mostra que as doenças e perturbações mentais estão fortemente associadas ao suicídio em pessoas idosas. As autópsias psicológicas reportam que entre 71% e 95% das pessoas idosas que cometeram suicídio possuíam diagnóstico de alguma perturbação mental no momento da sua morte (Minayo & Cavalcante, 2010).

Seabra (2006) refere o alcoolismo como a segunda doença determinante do suicídio, depois das situações que comportam a dor crónica, que são situações muito frequentes na terceira e quarta idade.

A percepção de controlo é outro factor psicológico que tem sido identificado como um factor importante para os comportamentos da suicidalidade (Vanlaere, Bouckaert, & Gastmans, 2007; Lau, et al., 2010).

Também a presença de algumas doenças graves é considerada um factor de risco para o suicídio de pessoas idosas. Minayo e Cavalcante (2010) numa revisão da literatura sobre o suicídio em idosos relatam que alguns estudos mostram que essa associação é mais significativa para as seguintes doenças: cancro, alguns problemas no sistema nervoso central, complicações cardiopulmonares e doenças urogenitais em homens. Existem ainda alguns estudos que referem que a experiência de uma doença física grave pode provocar depressão em idosos (considerada factor desencadeante do suicídio), mas que não existe uma relação directa entre o estado de saúde física e a ideação ou tentativa de suicídio.

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 (Scocco & Leo, 2002). A ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio representam instâncias da vida - expectativas, doença, sofrimento - que se tornaram difíceis de suportar (Grek, 2007).

Uma revisão da literatura bastante recente (Minayo & Cavalcante, 2010) 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.

Iremos, então, abordar cada um destes conceitos.

1.6.1. Ideação Suicida

A Ideação suicida, sendo potencialmente um prelúdio para tentativas de suicídio e suicídio em si, é muito mais prevalente do que o comportamento suicida (Grek, 2007).

Malfent e colaboradores (2010) realizaram um estudo com uma amostra de 129 idosos, com 60 ou mais anos, institucionalizados em lares de Viena e encontraram uma prevalência de ideação suicida de 7% para o último mês, 11% para o último ano e 35% durante a vida. Não encontraram, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a ideação suicida.

Por outro lado, Raue e colaboradores (2007) realizaram um estudo similar mas com 539 idosos com 65 ou mais anos, que tinham iniciado recentemente o acompanhamento pelos serviços de enfermagem domiciliar, e encontraram 11,7% de ideação suicida no momento da avaliação. Estes autores verificaram ainda que a depressão severa mostrou estar associada à ideação suicida nesta amostra.

Num outro estudo sobre prevalência da ideação suicida em idosos com 65 ou mais anos, residentes em Pádua, com uma amostra de 611 idosos residentes em casa (tendo sido retirados da amostra os idosos com serviços de enfermagem domiciliária), os autores encontraram uma prevalência da ideação suicida de 9.5% (Scocco & Leo, 2002).

Alexopoulos e colaboradores (2009) apresentaram como dados iniciais, antes de uma intervenção específica ao nível dos cuidados primários, numa amostra de 599 idosos, com 60 ou mais anos, com diagnóstico de depressão menor ou maior, uma incidência de 29.7% de ideação suicida.

1.6.2. Tentativa de Suicídio

Por cada suicídio consumado estima-se que haja cerca de 20 a 30 comportamentos suicidários, sendo que só um quarto tem contacto com os serviços de saúde (Collett, 2003; Kaplan, Adanek, & Martin, 2001; Stefanello, Cais, Mauro, Freitas, & Botega, 2008).

Num estudo francês com 51 idosos, com mais de 60 anos, internados por tentativa de suicídio, os autores (Lebret, et al., 2006) concluíram que ao nível do estado civil, a maioria dos homens que realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio eram casados ou tinham uma união de facto (66%), enquanto as mulheres tinham maior probabilidade de serem viúvas

(48.5%). A maioria das tentativas de suicídio tinha como método a intoxicação medicamentosa, especialmente nas mulheres. Na maioria dos casos, houve vários motivos para a tentativa, mas a doença física do idoso ou do cônjuge (20,4%), os conflitos com o cônjuge ou familiar próximo (22,1%) e o isolamento social e/ou solidão (8,5%) mostraram ser os maiores factores de risco para a realização do acto. No caso das mulheres, estas parecem sofrer mais de isolamento, enquanto os indivíduos do sexo masculino tendem a ser influenciados por uma doença física, o que eles acham mais difícil de lidar. Quase um quarto dos doentes utilizou a combinação de pelo menos dois motivos para a sua tentativa de suicídio. O diagnóstico Psiquiátrico na admissão foi principalmente depressão, seguido pelos estados de ansiedade e doenças demenciais no Eixo I. Houve também uma forte predominância de perturbações da personalidade no Eixo II.

1.6.3. Suicídio

As zonas de Portugal com maiores taxas de suicídio são o Alentejo, o Algarve e a grande Lisboa. O Alentejo é considerada a zona crítica por ocorrer um numero elevado de suicídios em relação as outras zonas (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarrrondo, & Martin-León, 2005; Freitas & Botega, 2002). De acordo com a literatura existem factores associados ao suicídio no Alentejo como: a baixa densidade populacional; menor grau de integração; existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social; a população maioritariamente composta por idosos, havendo uma grande solidão no meio em que se vive (Saraiva, 2006).

Segundo Seabra (2006) em algumas regiões do país, como o Alentejo e o Algarve, o número de suicídios na população assume um particular dramatismo, particularmente na população idosa com 65 ou mais anos.

As maiores taxas de suicídio são encontradas entre os idosos (Malfent, Wondrak, Kapusta, & Sonneck, 2010; Gusmão, Costa, & Quintão, 2010), especialmente nos homens (Kapusta & Sonneck, 2004; Etzersdorfer, Voracek, Kapuska, & Sonneck, 2005; Kapusta, Etzersdorfer, & Sonneck, 2007). Mezuk e colaboradores (2008), no seu estudo, referem que a percentagem dos suicídios em idosos cometidos por homens é de 62%.

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 (Quintão, Costa, & Gusmão, 2010).

No mesmo sentido, Chen e colaboradores (2009) referem que num estudo realizado com 109 idosos atendidos por motivo de tentativa de suicídio, para 91.7% 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.

Shah e Suh (2009) referem que na Coreia, entre 1995 e 2002 se tem sentido um aumento significativo nas taxas de suicídio em ambos os sexos nas idades entre 65 e 74 anos e mais de 75 anos e que existe um aumento significativo da idade nos últimos cinco anos do período estudado (1998 a 2002).

Gusmão, Costa e Quintão (2010) referem que, 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.

1.7. Diferenças entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Vaz (2009) menciona que 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.

Segundo Calenti (2002) 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 capacidades sociais necessárias para interagir com o resto da sociedade, pois é desprovida de relações pessoais produtivas.

Vieira (1996) e Carvalho e Fernandes (1999) sustentam ainda que a institucionalização é uma situação stressante e potenciadora de depressão.

Barroso e Tapadinhas (2006) 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.

Rucan e colaboradores (2010) também compararam idosos não institucionalizados e institucionalizados em lares e concluíram que os institucionalizados têm 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. Outra observação é relacionada à percepção da depressão como um problema actual, estando ausente na maioria das pessoas no grupo institucionalizado, apesar de os resultados aparecerem no questionário de depressão de Beck.

Lenze (2003) refere que a depressão é mais comum em idosos institucionalizados do que nos idosos que vivem nas suas próprias casas. Fernandes (2000) apresenta numa revisão de outros estudos, que 14% nos idosos na comunidade apresentam depressão, sendo 25% a 73% a proporção nos idosos institucionalizados.

Shirley, Leung e Mak (2000) apresentam como conclusões de um estudo com idosos institucionalizados, que a percentagem de idosos com sintomas de depressão é superior nos idosos recentemente admitidos. Os autores referem ainda que a relação negativa do tempo de permanência na instituição com a depressão é independente da idade e da capacidade funcional.

1.8. Objectivos e Hipóteses

Foi objectivo da presente investigação comparar na amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados, as variáveis da depressão, ansiedade, dependência, actividades de lazer, estratégias de *coping* e ideação suicida. Foi também objectivo analisar a relação entre estas dimensões, e verificar as diferenças entre géneros.

Com base no exposto, foram colocadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Era esperado que os idosos institucionalizados apresentassem mais depressão, solidão, dependência e ideação suicida e menos actividades de lazer;

Hipótese 2: Era esperado que os idosos com mais ideação suicida apresentassem mais depressão e ansiedade;

Hipótese 3: Era esperado que os idosos com mais depressão apresentassem maior dependência, menor escolaridade e mais ansiedade;

Hipótese 4: Era esperado que os idosos com mais ansiedade tivessem menor actividade social e menos visitas de familiares ou amigos;

Hipótese 5: Era esperado que os idosos com mais actividades de lazer e maior capacidade funcional apresentassem estratégias de *coping* mais focadas no problema;

Hipótese 6: Era esperado que as mulheres apresentassem mais depressão, mais ansiedade, menos actividades de lazer e mais estratégias de *coping* orientadas para a emoção.

CAP. II - MÉTODO

2.1. Participantes

Foi utilizada uma amostra de conveniência de 155 idosos (idade igual ou superior a 65 anos, tal como a maioria dos estudos apresentados na revisão bibliográfica), 85 institucionalizados 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).

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 Tabela 1 mostra as características sócio-demográficas dos participantes e as diferenças entre institucionalizados e não institucionalizados.

Tabela 1. Caracterização da amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados

	Não				χ^2
	Institucionalizados		institucionalizados		
	(N=84)		(N=71)		
	N	%	N	%	
Zona Geográfica					2.915
Grande Lisboa	30	35.7	20	28.2	
Alentejo	24	28.6	16	22.5	
Algarve	30	35.7	35	49.3	
Género					1.183
Masculino	28	33.7	30	42.3	
Feminino	55	66.3	41	57.7	
Estado Civil					12.456**
Solteiro	8	9.5	5	7.0	
Casado/União de facto	18	21.4	33	46.5	
Divorciado/Separado	4	4.8	5	7.0	
Viúvo	54	64.3	28	39.4	

Tabela 1 (Cont.)

	Não				
	Institucionalizados		institucionalizados		
	(N=84)		(N=71)		χ^2
	N	%	N	%	
Escolaridade					4.240
Analfabeto	20	25.0	15	22.1	
Saber ler e escrever	23	28.8	15	22.1	
Instrução primária	28	35.0	22	32.4	
Ensino secundário	2	2.5	3	4.4	
Curso médio	5	6.3	10	14.7	
Curso superior	2	2.5	3	4.4	
Situação económica					1.777
Má	12	17.6	7	14.9	
Média	50	73.5	32	68.1	
Boa	8	8.8	8	17.0	
Situação profissional					.050
Reformado	65	83.3	50	84.7	
Pensionista	13	16.7	9	15.3	
	Não				
	Institucionalizados		institucionalizados		
	(N=84)		(N=71)		t
	M	DP	M	DP	
Idade	81.45	7.85	75.93	7.24	4.522***
Número de filhos	3.19	2.83	3.23	3.00	-.086

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

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes institucionalizados e não institucionalizados, para o estado civil com $\chi^2 (3) = 12.456$; $p = .006$ e para a idade com $t (153) = 4.522$; $p < .000$. Os participantes institucionalizados mostraram ser mais frequentemente viúvos e mais velhos do que os parceiros não institucionalizados.

A Figura 1 mostra, qual a percentagem, entre os participantes institucionalizados no que respeita à iniciativa do internamento.

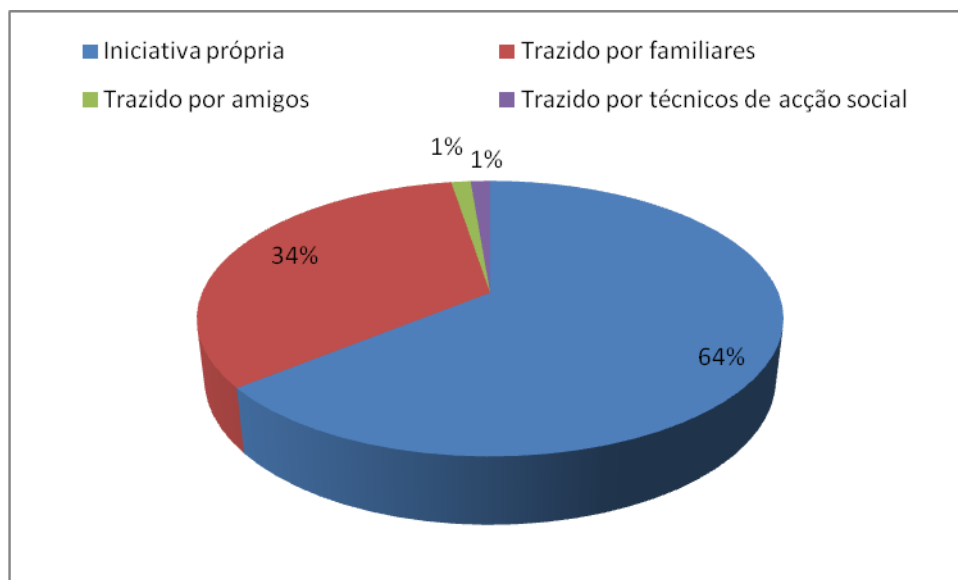


Figura 1. Quem teve a iniciativa do internamento

A maioria dos participantes foi internada por iniciativa própria (50) e seguidamente por familiares (26).

A Figura 2 mostra, entre os participantes não institucionalizados, com quem é que viviam no momento da avaliação.

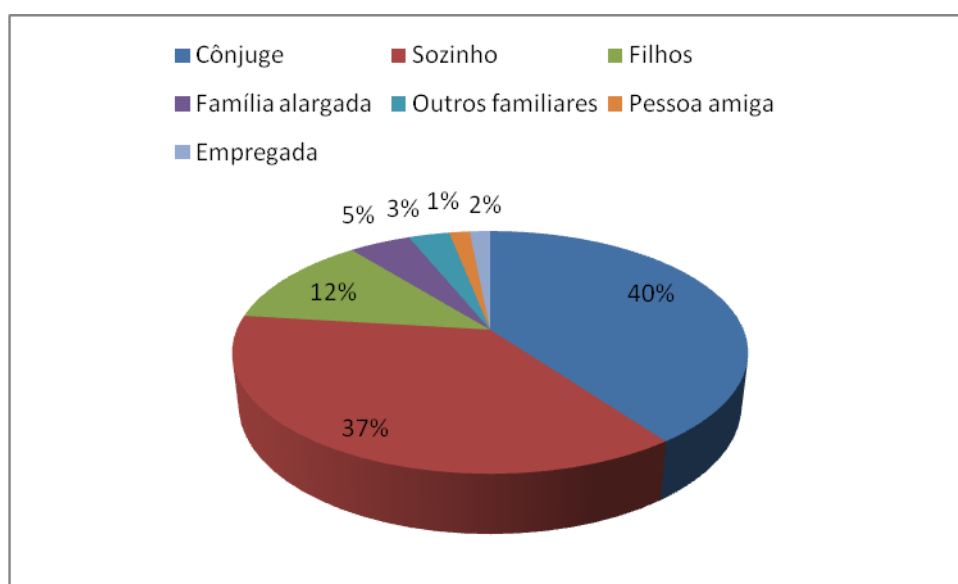


Figura 2. Se não está num lar, com quem vive

A maioria dos participantes não institucionalizados vive com o cônjuge (26) ou sozinho (24).

2.2. Medidas

Foi aplicado um protocolo que além do consentimento informado, incluía:

Dados Sócio-demográficos. Questionário realizado especificamente para esta investigação contendo dados referentes a género, idade, estado civil, número de filhos, habilitações académicas, situação económica e profissional, estado de saúde, solidão e questões relacionadas com o local onde reside.

Actividade e Lazer. Avaliado pelo Índice de Actividade e Lazer criado para a população portuguesa (IAL; Vaz, 2009). 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 Índice de Actividade e Lazer é composto por 7 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 α de *Cronbach* de .65 (Vaz, 2009).

Depressão. Avaliada pela *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, et al., 1983), validada para a população portuguesa por Andrade (2007). 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 Escala de Depressão Geriátrica 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. Os autores da escala apresentaram como pontos de corte: entre 0 a 10 – estado de humor normal; entre 11 a 20 – depressão ligeira; entre 21 a 30 – depressão severa.

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% (Sherina, Zulkefli, & Mustaqim, 2003).

O estudo de validação deste instrumento para a população portuguesa revelou uma consistência interna elevada para a amostra total (com e sem diagnóstico clínico de depressão) e para o grupo com diagnóstico clínico de depressão, com α de *Cronbach* de .90 e .88, respectivamente. Os resultados deste estudo mostram ainda existir uma estabilidade temporal modesta de .77 e uma razoável validade convergente com a Escala de Depressão de Zung ($r = .43$) e com o diagnóstico clínico de depressão ($r = .33$). Foi realizada uma análise factorial e a autora concluiu que a medida é unidimensional. O ponto de corte óptimo é 20 (2 desvios-padrão acima da média), com sensibilidade de 81.8% e especificidade de 95.2% (Andrade, 2007).

Grau de dependência. Avaliado pelo Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007). 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 esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). A pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as actividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas.

Na versão portuguesa foi encontrado um nível de fidelidade elevado, suportado por um α de *Cronbach* de .96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, entre $r = .66$ e $r = .93$. No estudo de validação para a população portuguesa os autores recorreram à análise em componentes principais, com rotação *varimax*, que confirmou a natureza unidimensional deste índice, com todos os itens a apresentarem uma carga factorial superior a .71 (a magnitude dos valores situou-se entre .71 e .94) (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

Ideação Suicida. Avaliada pela *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSI, Beck, Kovacs, & Weissman, 1979), é uma medida composta por 21 itens para avaliar preditores de suicídio em adultos. Os primeiros 19 itens, com um formato de resposta com três opções de escolha múltipla para cada um deles, que reflectem graus de gravidade de desejos, atitudes e planos suicidas. Os 2 últimos itens, de carácter informativo, não são incluídos no resultado final. A medida permite obter um resultado total, que varia entre 0 e 38, no sentido de maior gravidade da ideação suicida.

Na versão brasileira, a medida apresentou um valor de consistência interna elevado, com um valor de α de *Cronbach*, para estudantes universitários, igual a .90 (Cunha, 2001). A versão original apresentava uma estabilidade temporal moderada (Beck & Steer, 1991).

Como a medida não está validada para a população portuguesa, será objectivo deste estudo analisar a sua consistência interna.

Ansiedade. Avaliada pelo Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; Beck & Steer, 1993), validada para a população portuguesa por Quintão (2010). Esta medida foi criada para medir a intensidade dos sintomas de ansiedade, que são partilhados de forma mínima com os da depressão (Beck & Steer, 1993). A medida é constituída por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, numa escala de Likert de 4 pontos, que varia de 0. Absolutamente não a 3. Gravemente: dificilmente pude suportar. A BAI permite um resultado total, que varia de 0 a 63, no sentido de maior nível de ansiedade (Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988; Cunha, 2001).

A medida tem boas características psicométricas, tendo uma consistência interna elevada, com α de *Cronbach* com um valor de .92 e uma fidelidade teste-reteste para um intervalo de uma semana de .75. A BAI discrimina os grupos diagnosticados como ansiosos (Perturbações de pânico, ansiedade generalizada, etc.) dos grupos diagnosticados como não ansiosos (depressão major, depressão atípica, etc.). Esta escala apresenta uma correlação moderada com a BDI, com um valor de .48, mas mais baixa do que entre a BDI e outras escalas de ansiedade, como por exemplo, com a STAI, em que o valor de correlação é de .73 (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970), ou com a escala de ansiedade de Zung, onde o valor é de .71 (Zung, 1971) (Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988).

A BAI apresenta boas características psicométricas para a população portuguesa, tendo as suas características psicométricas sido avaliadas mediante o modelo de Rasch. A medida apresentou uma fidelidade dos itens de .99 (valor correspondente ao α de *Cronbach*) e uma fiabilidade das pessoas de .79, sendo ambos os valores considerados adequados (Quintão, 2010).

Estratégias de coping. Avaliada pelo Brief COPE (Brief COPE; Carver, Scheier, & Weintraub (1989), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro & Rodrigues (2004). A medida é composta por 28 itens, tipo *Likert*, que variam entre 0. Nunca faço isto e 3. Faço quase sempre isto. As 14 sub-escalas são: *coping* activo (Iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor); planear (Pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de *coping* activos); utilizar suporte instrumental

(Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer); utilizar suporte social emocional (Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém); religião (Aumento de participação em actividades religiosas); reinterpretação positiva (Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável); auto-culpabilização (Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu); aceitação (Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real); expressão de sentimentos (Aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos); negação (Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante); auto-distracção (Desinvestimento mental do objectivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distracção); desinvestimento comportamental (Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir); uso de substâncias (medicamentos/ álcool) (Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do stressor); e humor (Fazer piadas acerca do stressor), com 2 itens cada. Cada sub-escala permite um valor entre 0 e 6, sendo que a valores superiores correspondem maior utilização da estratégia (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

A estrutura factorial da versão Portuguesa da Brief COPE mostra características idênticas à escala original e confirma a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem. O estudo da consistência interna com recurso ao α de *Cronbach* mostrou valores adequados, tomando em consideração que cada sub-escala é constituída por dois itens, assumindo valores de .55 a .84 (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

2.3. Procedimento

Foi pedido, inicialmente, a seis pessoas com idades superiores a 65 anos, três mulheres e três homens, para preencherem o protocolo de modo a saber a duração média do preenchimento e se existiam dúvidas sobre as questões nele colocadas. Após a experiência procedeu-se à aplicação do protocolo a 165 idosos.

Foram contactados lares da zona do Algarve, Alentejo e Grande Lisboa e idosos não institucionalizados residentes nas mesmas zonas.

No caso dos idosos institucionalizados, foi apresentada uma carta a todos os lares com o intuito de pedir autorização para a recolha da amostra. A amostra de idosos não institucionalizados foi recolhida em zonas de lazer, jardins e em casas particulares.

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 pela investigadora.

Foi dada aos sujeitos uma instrução, na qual se explicaram os objectivos do estudo que estava a ser realizado, explicando-se também que as respostas eram anónimas e confidenciais e que os resultados obtidos eram unicamente para tratamento estatístico em grupo na universidade. Foi ainda referido que não existiam respostas certas ou erradas, pedindo que não se identificassem ou escrevessem o seu nome em qualquer parte do questionário.

A recolha da amostra ocorreu entre os meses de Fevereiro e Abril de 2011 e cada protocolo demorou, em média, cerca de 30 minutos a ser preenchido.

CAP. III - RESULTADOS

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

3.1. Auto-avaliação de Saúde e Solidão

Para mediar a auto-avaliação dos participantes ao nível da sua saúde e frequência com que se sentem só foi realizado um teste de Qui-quadrado, sendo os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Auto-avaliação de saúde e solidão

	Não				χ^2
	Institucionalizados		institucionalizados		
	(N=84)		(N=71)		
	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	

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes institucionalizados e não institucionalizados apenas para a auto-avaliação da saúde, com $\chi^2(3) = 10.896$; $p = .012$, sendo os participantes institucionalizados a se auto-avaliarem mais como tendo muito má saúde e os participantes não institucionalizados a se auto-avaliarem mais como tendo uma boa saúde.

3.2. Fidelidade e Normalidade das Dimensões em Estudo

Para averiguar a fidelidade de todas as dimensões em estudo foi analisada a consistência interna, sendo os resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Fidelidade das Dimensões em Estudo

	α de Cronbach	Correlação média inter-item	Amplitude da correlação item- total
Índice de actividade e lazer	.57	.161	.182 - .465
Depressão	.87	.182	.015-.624
Independência	.89	.463	.380 - .847
Ideação suicida	.84	.350	.107 - .812
Ansiedade	.81	.190	.154 - .578
<i>Estratégias de Coping</i>			
<i>Coping</i> activo	.55	.383	
Planear	.52	.388	
Utilizar suporte instrumental	.82	.696	
Utilizar suporte social	.81	.674	
emocional			
Religião	.70	.539	
Reinterpretação positiva	.65	.486	
Auto-culpabilização	.34	.225	
Aceitação	.45	.323	
Expressão de sentimentos	.79	.658	
Negação	.68	.524	
Auto-distracção	.47	.311	
Desinvestimento	.49	.323	
comportamental			
Uso de substâncias	.67	.526	
Humor	.69	.529	

As dimensões depressão, independência, ideação suicida, ansiedade, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião e expressão de sentimentos apresentam uma boa consistência interna, com valores α de *Cronbach* que variam entre .70 (religião) e .89 (independência).

Devido ao número reduzido de itens que as compõem (Nunnally, 1978), as dimensões índice de actividade e lazer, *coping* activo, planear, reinterpretação positiva, negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor apresentam uma consistência interna adequada, com valores α de *Cronbach* que variam entre .47 (auto-distração) e .69 (humor).

As dimensões auto-culpabilização e aceitação não apresentaram consistência interna aceitável, pelo que os resultados obtidos através destas dimensões não poderão ser generalizados.

Com o objectivo de verificar se as dimensões em estudo seguem a distribuição normal foi utilizado o teste de Kolmogorov-Sminorv. A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 4. Normalidade das Dimensões em Estudo

	Kolmogorov-Smirnov	p
Índice de actividade e lazer	.889	.408
Depressão	1.653	.008
Independência	2.562	.000
Ideação suicida	4.343	.000
Ansiedade	1.531	.018
<i>Estratégias de Coping</i>		
<i>Coping</i> activo	3.302	.000
Planear	3.810	.000
Utilizar suporte instrumental	3.523	.000
Utilizar suporte social emocional	3.859	.000
Religião	2.632	.000
Reinterpretação positiva	3.889	.000
Auto-culpabilização	4.989	.000
Aceitação	4.437	.000
Expressão de sentimentos	3.937	.000
Negação	3.378	.000
Auto-distracção	2.595	.000
Desinvestimento comportamental	2.603	.000
Uso de substâncias	6.161	.000
Humor	2.739	.000

Todas as dimensões em estudo, excepto o índice de actividade e lazer, não cumprem o critério da normalidade ($p > .05$), pelo que se optou pela utilização de testes não-paramétricos.

3.3. Diferenças entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados

Para verificar a existência de diferenças entre os participantes institucionalizados e não institucionalizados foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 5. 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
Ansiedade	79.06	76.75	-.320
<i>Estratégias de Coping</i>			
<i>Coping</i> activo	70.73	82.27	-1.728
Planear	70.81	83.16	-1.939
Utilizar suporte instrumental	70.81	79.37	-.675
Utilizar suporte social	75.72	76.90	-.271
emocional			
Religião	75.58	78.69	-.452
Reinterpretação positiva	70.16	84.90	-2.237*
Auto-culpabilização	72.56	74.57	-.351
Aceitação	76.10	75.88	-.037
Expressão de sentimentos	72.57	76.90	-.703
Negação	71.25	80.63	-1.409
Auto-distração	68.14	88.44	-2.920**
Desinvestimento	69.37	86.04	-2.449*
comportamental			
Uso de substâncias	69.98	85.11	-3.390***
Humor	73.96	79.55	-.820

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

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados para a independência com $z = -7.215$; $p < .001$, reinterpretação positiva com $z = -2.237$; $p = .025$, auto-distracção com $z = -2.920$; $p = .003$, desinvestimento comportamental com $z = -2.449$; $p = .014$ e uso de substâncias com $z = -3.390$; $p = .001$. Os resultados mostram que os idosos institucionalizados utilizam mais como estratégia de *coping* o uso de substâncias e os idosos não institucionalizados são mais independentes e utilizam mais que os institucionalizados as estratégias de *coping* reinterpretação positiva, auto-distracção e desinvestimento comportamental.

3.4. Diferenças entre Géneros

Com o objectivo de estudar as diferenças entre géneros foi realizado o teste de Mann-Whitney, sendo os resultados apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Diferenças entre géneros

	Sexo Masculino (N=58)	Sexo Feminino (N=96)	Z
	M Rank	M Rank	
Índice de actividade e lazer	85.00	45.57	-1.491
Depressão	69.56	82.30	-1.720
Independência	85.54	71.78	-1.886
Ideação suicida	73.81	78.90	-.809
Ansiedade	60.61	87.70	-3.660***
<i>Estratégias de Coping</i>			
<i>Coping</i> activo	82.99	71.16	-1.720
Planear	79.63	73.80	-.895
Utilizar suporte instrumental	78.73	75.20	-.529
Utilizar suporte social emocional	75.80	75.33	-.074
Religião	50.97	91.82	-5.799***
Reinterpretação positiva	79.77	74.54	-.775

Auto-culpabilização	69.73	75.71	-1.010
Aceitação	77.89	74.86	-.507

Tabela 6 (Cont.)

	Sexo Masculino (N=58)	Sexo Feminino (N=96)	Z
	M Rank	M Rank	
Expressão de sentimentos	75.25	73.25	-.317
Negação	77.74	73.40	-.635
Auto-distracção	83.55	73.11	-1.462
Desinvestimento comportamental	79.74	74.61	-.732
Uso de substâncias	79.57	74.66	-1.069
Humor	75.46	76.32	-.123

*** $p \leq .001$.

Apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a ansiedade com $z = -3.660$; $p < .001$ e para a religião com $z = -5.799$; $p < .001$. As mulheres apresentaram muito mais ansiedade do que os homens e também são elas que utilizam mais a religião como estratégia de *coping*.

3.5. Diferenças entre Zonas Geográficas

A Tabela 7 mostra as diferenças encontradas em termos de zona geográfica. Os resultados foram obtidos através do teste Kruskal-Wallis e constam na Tabela 7.

Tabela 7. Diferenças entre zonas geográficas

	Grande Lisboa (N=50)	Alentejo (N=40)	Algarve (N=65)	χ^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***
Ansiedade	77.58	78.65	77.92	.013
<i>Estratégias de Coping</i>				
<i>Coping</i> activo	80.44	67.73	77.91	2.331
Planear	82.05	66.17	78.55	3.877
Utilizar suporte instrumental	89.18	61.98	77.25	10.139**
Utilizar suporte social emocional	80.70	67.53	77.64	2.792
Religião	91.24	73.47	68.38	8.522*
Reinterpretação positiva	80.41	64.48	82.22	5.196
Auto-culpabilização	76.19	55.64	82.12	14.034***
Aceitação	75.82	62.21	84.68	9.602**
Expressão de sentimentos	81.08	64.66	76.05	4.295
Negação	79.38	56.03	84.80	13.046***
Auto-distracção	92.50	69.39	71.18	8.794*
Desinvestimento comportamental	80.32	65.24	81.78	4.294
Uso de substâncias	88.50	75.08	69.40	13.631***
Humor	82.33	50.64	87.80	20.539***

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

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as zonas geográficas para o índice de actividade e lazer com $\chi^2(2) = 6.085$; $p = .048$, depressão com $\chi^2(2) = 13.812$; $p = .001$, ideação suicida com $\chi^2(2) = 32.813$; $p < .001$ e para as estratégias de *coping*, uso de suporte instrumental com $\chi^2(2) = 10.139$; $p = .006$, religião com $\chi^2(2) = 8.522$; $p = .014$, auto-culpabilização com $\chi^2(2) = 14.034$; $p = .001$, aceitação com $\chi^2(2) = 9.602$; $p = .008$, negação com $\chi^2(2) = 13.046$; $p = .001$, auto-distracção com $\chi^2(2) = 8.794$; $p = .012$, uso de substâncias com $\chi^2(2) = 13.631$; $p = .001$ e humor com $\chi^2(2) = 20.539$; $p < .001$.

Os idosos da Grande Lisboa foram o grupo que revelou utilizar mais como estratégia de *coping* a utilização de suporte instrumental, religião, auto-distracção e uso de substâncias e o que apresentou menor índice de actividade e lazer e menor independência.

O grupo de idosos do Alentejo foi o grupo que apresentou mais depressão e mais ideação suicida e que utilizou menos as estratégias de *coping* utilização de suporte instrumental, religião, auto-culpabilização, aceitação, negação, auto-distracção e uso de substâncias.

Os resultados revelam ainda que os participantes do Algarve foram o grupo com maior índice de actividade e lazer, menor depressão, maior utilização das estratégias de *coping* auto-culpabilização, aceitação, negação e humor e menos uso de substâncias.

3.6. Diferenças entre Estados Cívicos

Apara estudar as diferenças entre estados cívicos foi utilizado o teste Kruskal-Wallis para amostras independentes. Os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Diferenças entre estados civis

	Solteiro (N=13)	Casado/ União de facto (N=51)	Divorciado/ Separado (N=9)	Viúvo (N=82)	χ^2
	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	
Índice de actividade e lazer	40.70	47.48	17.50	48.06	4.040
Depressão	80.35	62.49	64.39	88.77	11.717**
Independência	68.23	89.51	92.56	69.99	7.715
Ideação suicida	90.35	66.45	78.00	82.34	7.120
Ansiedade	61.38	69.75	83.94	85.11	5.741
<i>Estratégias de Coping</i>					
<i>Coping</i> activo	87.58	80.31	94.61	69.25	5.615
Planear	72.73	81.89	90.00	72.23	3.093
Utilizar suporte instrumental	68.42	76.45	96.89	76.51	2.857
Utilizar suporte social emocional	79.54	75.38	85.33	74.75	.755
Religião	57.42	71.28	69.89	84.46	6.468
Reinterpretação positiva	81.62	78.66	80.50	74.85	.545
Auto-culpabilização	75.08	77.18	75.72	70.78	1.078
Aceitação	78.96	78.31	72.22	74.57	.524
Expressão de sentimentos	77.50	77.26	89.78	70.63	2.706
Negação	74.04	80.33	76.19	72.61	1.128
Auto-distracção	74.65	80.01	102.44	73.60	3.926
Desinvestimento comportamental	100.35	78.70	96.44	69.94	8.316*
Uso de substâncias	71.73	68.74	91.28	81.36	9.432*
Humor	85.15	80.23	76.22	72.88	1.554

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

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estados civis para a depressão com $\chi^2 (3) = 11.717$; $p = .008$, desinvestimento comportamental com $\chi^2 (3) = 8.316$; $p = .040$ e uso de substâncias com $\chi^2 (3) = 9.432$; $p = .024$. Os participantes solteiros são os que apresentam mais desinvestimento comportamental, os casados ou em união de facto são os que apresentam menos depressão e menor abuso de substâncias, os divorciados ou separados são os que apresentam maior abuso de substâncias e os participantes viúvos são os que apresentam mais depressão e menor desinvestimento comportamental.

3.7. Diferenças entre Situações Económicas

A Tabela 9 apresenta os resultados apurados no que concerne às diferenças entre situações económicas. Os cálculos foram realizados através do teste Kruskal-Wallis.

Tabela 9. Diferenças entre situações económicas

	Má (N=19)	Média (N=82)	Boa (N=16)	χ^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*
Ansiedade	68.58	57.85	44.54	4.216
<i>Estratégias de Coping</i>				
<i>Coping</i> activo	44.42	56.50	70.00	5.309
Planear	51.66	56.43	64.63	1.525
Utilizar suporte instrumental	53.42	57.06	61.58	.618
Utilizar suporte social emocional	53.25	55.16	65.00	1.745

Religião	46.82	59.12	58.67	2.430
----------	-------	-------	-------	-------

Tabela 9 (Cont.)

	Má (N=19)	Média (N=82)	Boa (N=16)	χ^2
	M Rank	M Rank	M Rank	
Reinterpretação positiva	44.03	58.04	70.42	6.108*
Auto-culpabilização	57.33	53.38	52.91	.387
Aceitação	45.58	55.80	73.00	7.716*
Expressão de sentimentos	55.31	54.30	63.04	1.152
Negação	52.68	56.81	55.27	.280
Auto-distracção	39.76	60.27	65.96	7.414*
Desinvestimento comportamental	54.58	57.66	56.19	.155
Uso de substâncias	57.32	56.80	57.83	.031
Humor	43.45	58.44	64.04	4.471

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

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de situação económica para a depressão com $\chi^2 (2) = 9.712$; $p = .008$, ideação suicida com $\chi^2 (2) = 8.520$; $p = .014$, reinterpretação positiva com $\chi^2 (2) = 6.108$; $p = .047$, aceitação com $\chi^2 (2) = 7.716$; $p = .021$ e auto-distracção com $\chi^2 (2) = 7.414$; $p = .025$.

Os resultados mostram que os participantes com uma situação económica má são os que apresentam mais depressão, mais ideação suicida e menos reinterpretação positiva, aceitação e auto-distracção.

Os participantes com uma situação económica boa são os que apresentam menos depressão, menos ideação suicida e mais reinterpretação positiva, aceitação e auto-distracção.

3.8. Correlações

Para verificar a existências de correlações entre as dimensões em estudo foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, sendo os resultados apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Correlação entre as dimensões em estudo

	Índice de actividade e lazer	Depressão	Independência	Ideação suicida	Ansiedade
Depressão	.17				
Independência	-.32**	-.27***			
Ideação suicida	.32**	.50***	-.25**		
Ansiedade	.30**	.30***	-.15	.29***	
<i>Estratégias de Coping</i>					
<i>Coping activo</i>	-.18	-.31***	.22**	-.27***	-.05
Planear	-.24*	-.30***	.22**	-.28***	.07
Utilizar suporte instrumental	-.08	-.25**	.01	-.26***	.08
Utilizar suporte social emocional	.11	-.15	.02	-.11	.11
Religião	-.19	-.06	.03	-.14	.21*
Reinterpretação positiva	-.30**	-.42***	.34***	-.34***	-.07
Auto- culpabilização	-.04	-.24**	.09	-.08	.13
Aceitação	-.15	-.27***	.12	-.32***	-.05
Expressão de sentimentos	-.13	-.32***	.03	-.25**	.04
Negação	-.18	-.33***	.09	-.23**	.09
Auto-distracção	-.43***	-.32***	.34***	-.24**	.02
Desinvestimento comportamental	-.15	-.19*	.15	-.15	.08
Uso de substâncias	-.13	.07	.22**	.09	.14
Humor	-.20	-.50***	.16	-.40***	-.08

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

O índice de actividade e lazer correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida e a ansiedade, com valores de correlação de $Rho = .32$; $p = .002$ e $Rho = .30$; $p = .004$, respectivamente e de forma negativa e estatisticamente significativa com a independência, e as estratégias de *coping* planear, reinterpretação positiva e auto-distracção, com valores de correlação que variam entre $Rho = -.24$; $p = .023$ (planear) e $Rho = -.43$; $p < .001$ (auto-distracção). Os resultados mostram que quanto menos actividades de lazer os idosos têm, maior é a ideação suicida e a ansiedade, menor é a independência e menos são utilizadas as estratégias de *coping* planear, reinterpretação positiva e auto-distracção.

A depressão correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida e a ansiedade, com valores de correlação de $Rho = .50$; $p < .001$ e $Rho = .30$; $p < .001$, respectivamente e de forma negativa e estatisticamente significativa com a independência, e as estratégias de *coping* - *coping* activo, planear, utilizar suporte instrumental, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distracção, desinvestimento comportamental e humor, com valores de correlação que variam entre $Rho = -.19$; $p = .017$ (desinvestimento comportamental) e $Rho = -.50$; $p < .001$ (humor). Os resultados mostram que quanto maior é a depressão, maior é a ideação suicida e a ansiedade, menor é a independência e menos são utilizadas as estratégias de *coping* - *coping* activo, planear, utilizar suporte instrumental, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distracção, desinvestimento comportamental e humor.

A independência correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as estratégias de *coping* - *coping* activo, planear, reinterpretação positiva, auto-distracção e uso de substâncias, com valores de correlação que variam entre $Rho = .22$; $p = .008$ (*coping* activo) e $Rho = .34$; $p < .001$ (auto-distracção) e de forma negativa com a ideação suicida com um valor de correlação $Rho = -.25$; $p = .002$. Os resultados mostram que quanto mais independentes os idosos são menor é a ideação suicida e mais são utilizadas as estratégias de *coping* - *coping* activo, planear, reinterpretação positiva, auto-distracção e uso de substâncias.

A ideação suicida correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com as estratégias de *coping* - *coping* activo, planear, utilizar suporte instrumental, reinterpretação positiva, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distracção e humor, com valores de correlação que variam entre $Rho = -.23$; $p = .004$ (negação) e $Rho = -.40$; $p < .001$ (humor) e de forma positiva e estatisticamente significativa com a ansiedade

com um valor de correlação $Rho = .29$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a ideação suicida maior é a ansiedade e menos são utilizadas as estratégias de *coping* - *coping* activo, planear, utilizar suporte instrumental, reinterpretação positiva, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distracção e humor.

A ansiedade correlacionou-se forma positiva e estatisticamente significativa com a religião com um valor de correlação $Rho = .21$ $p = .011$. Os idosos mais ansiosos utilizam mais a religião como estratégia de *coping*.

Para avaliar a existência de correlação entre as dimensões em estudo e as variáveis escolaridade, idade, filhos, tempo de internamento, regularidade das visitas, auto-percepção de saúde e auto-percepção de solidão foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados constam na Tabela 11.

Tabela 11. Correlação entre as dimensões em estudo

	Escola- ridade	Idade	Filhos	Tempo de interna- mento	Regula- ridade das visitas	Saúde	Solidão
Índice de	-.54***	.29**	.15	-.02	.16	-.23*	-.14
actividade e lazer							
Depressão	-.22**	.07	.03	.06	.05	-.53***	-.62***
Independência	.23**	-.27***	-.16*	-.25*	-.07	.39***	.11
Ideação suicida	-.31***	-.06	.12	.11	-.10	-.37***	-.34***
Ansiedade	-.16	-.03	.05	.13	.13	-.42***	-.36***
Estratégias de							
<i>Coping</i>							
<i>Coping</i> activo	.19*	-.12	-.03	-.4	.03	.31***	.15
Planear	.19*	-.07	-.03	-.04	.03	.31***	.13
Utilizar suporte	.14	-.03	-.05	.18	.16	.17*	.15
instrumental							
Utilizar suporte	.03	.03	.12	.11	.23*	.06	.07
social							
emocional							

Religião	.21**	.06	-.09	-.13	.07	-.02	-.01
----------	-------	-----	------	------	-----	------	------

Tabela 11 (Cont.)

	Escola- ridade	Idade	Filhos	Tempo de interna- mento	Regula- ridade das visitas	Saúde	Solidão
Reinterpretação positiva	.22**	-.03	-.03	-.10	-.04	.38***	.16
Auto- culpabilização	.02		.12	-.14	-.05	.24**	.07
Aceitação	.11	.07	-.08	.04	.07	.28***	.08
Expressão de sentimentos	.13	.01	.03	.11	.17	.20*	.12
Negação	.17*	-.03	.05	-.05	-.16	.23**	-.02
Auto-distracção	.35***	-.33***	-.11	-.06	.02	.24**	.18*
Desinvestimento comportamental	.16	-.15	.12	-.04	-.06	.19*	-.02
Uso de substâncias	.33***	-.28***	-.13	-.04	-.11	.11	-.22**
Humor	.17*	.09	-.01	-.04	-.14	.39***	.24**

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

A escolaridade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões independência, *coping* activo, planejar, religião, reinterpretação positiva, negação, auto-distracção, uso de substâncias e humor, com valores de correlação que variam entre $Rho = .17$; $p = .048$ (negação) e $Rho = .35$; $p < .001$ (auto-distracção) e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões índice de actividade e lazer, depressão e ideação suicida, com valores de correlação que variam entre $Rho = -.22$; $p = .008$ (depressão) e $Rho = -.54$; $p < .001$ (índice de actividade e lazer). Os resultados mostram que quanto maior é a escolaridade maior é a independência e mais utilizadas são as estratégias de *coping*: *coping* activo, planejar, religião, reinterpretação positiva, negação, auto-distracção, uso de substâncias e humor, mais actividades de lazer os participantes relatam, 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 um valor de correlação de $Rho = .29$; $p = .005$ e de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões independência, auto-distracção e uso de substâncias, com valores de correlação que variam entre $Rho = -.27$; $p = .001$ (independência) e $Rho = -.33$; $p < .001$ (auto-distracção). Os resultados revelam que quanto mais idade, menor é a frequências de actividades de lazer, menor é a independência, e menos são usadas as estratégias de *coping* auto-distracção e uso de substâncias.

O número de filhos correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a independência, com um valor de correlação de $Rho = -.16$; $p = .049$, sendo que quanto mais filhos os idosos têm menor é a sua independência.

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

A regularidade das visitas correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a utilização de suporte social emocional, com um valor de correlação de $Rho = .23$; $p = .042$, sendo que quanto mais visitas o participante recebe mais frequentemente usa como estratégia de *coping* o utilizar suporte social emocional.

A percepção do estado de saúde correlacionou-se de forma positiva com a independência, o *coping* activo, planear, utilizar suporte instrumental, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distracção, desinvestimento corporal e humor, com valores de correlação que variam entre $Rho = .17$; $p = .041$ (utilizar suporte instrumental) e $Rho = .39$; $p < .001$ (humor) e de forma negativa e estatisticamente significativa com o índice de actividade e lazer, depressão, ideação suicida e ansiedade, com valores de correlação que variam entre $Rho = -.23$; $p = .028$ (índice de actividade e lazer) e $Rho = -.53$; $p < .001$ (depressão). Os resultados mostram que quanto melhor é a auto-percepção do estado de saúde maior é a independência e mais são utilizadas as estratégias de *coping*: *coping* activo, planear, utilizar suporte instrumental, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distracção, desinvestimento corporal e humor, mais actividades de lazer são praticadas, menor é a depressão, ideação suicida e ansiedade.

A percepção de solidão correlacionou-se de forma positiva com a auto-distracção e humor, com valores de correlação que de $Rho = .18$; $p = .034$ e $Rho = .24$; $p = .004$, respectivamente, e de forma negativa e estatisticamente significativa com a depressão,

ideação suicida, ansiedade e uso de substâncias, com valores de correlação que variam entre $Rho = -.22$; $p = .007$ (uso de substâncias) e $Rho = -.62$; $p < .001$ (depressão). Os resultados mostram que quanto menos os participantes se sentem sós mais são utilizadas as estratégias de *coping* auto-distracção e humor, menor é a depressão, ideação suicida e ansiedade.

CAP. IV - DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo principal comparar os idosos institucionalizados e não institucionalizados ao nível da depressão, ansiedade, dependência, actividades de lazer, estratégias de *coping* e ideação suicida. Foi identicamente objectivo analisar a relação entre estas dimensões, numa amostra de idosos e verificar as diferenças entre géneros.

De modo a atingir os objectivos foram colocadas seis hipóteses.

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 (Vieira, 1996; Carvalho & Fernandes, 1999; Fernandes, 2000; Lenze, 2003; Barroso & Tapadinhas, 2006; Rucan, Hategan, Barbat, & Alexiu, 2010).

Ao contrário destes autores os resultados da presente investigação não permitem confirmar esta parte da hipótese.

No mesmo sentido, Barroso e Tapadinhas (2006) 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 em termos de depressão e solidão 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 (Noro & Aro, 1996), também na presente investigação se verificou que existem diferenças entre os dois grupos ao nível da independência, sendo os participantes institucionalizados mais dependentes.

Esta parte da hipótese foi confirmada.

A literatura afirma ainda que os idosos institucionalizados apresentam maior ideação suicida (Rucan, et al., 2010) e menos actividade de lazer (Calenti, 2002; Vaz, 2009). 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 cuidados mais apertados. O mesmo passa com a percepção de saúde, onde os participantes em instituições reportaram pior estado de saúde.

Os resultados mostram, ainda, que os idosos institucionalizados utilizam mais como estratégia de *coping* o uso de substâncias, talvez por serem mais doentes, e os idosos não institucionalizados utilizam mais que os institucionalizados as estratégias de *coping* reinterpretação positiva, auto-distracção e desinvestimento comportamental.

Em segundo lugar, era esperado que os idosos com mais ideação suicida apresentassem mais depressão e ansiedade.

Na revisão de estudos anteriores foram encontrados diversos trabalhos que referem que a ideação suicida se associa directamente com a depressão (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002; Bruce et al., 2004; Rue, Myers, Rowe, Heo, & Bruce, 2007; Gibbs, Dombrovi, Morse, Siegle, Houch, & Szanto, 2009; Minayo & Cavalcante, 2010) e com a ansiedade (Massee, 2000; Sinoff & Werner, 2003; Gibbs et al., 2009; Miller, 2009; Lau, Morse, & Macfarlane, 2010).

Os resultados da presente investigação foram no mesmo sentido, confirmando a hipótese colocada inicialmente.

Os resultados mostraram, ainda, que quanto maior é a ideação suicida menos são utilizadas as estratégias de *coping* - *coping* activo, planejar, utilizar suporte instrumental, reinterpretação positiva, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distracção e humor.

Apesar de não ter sido encontrada literatura para confirmar estes resultados eles parecem fazer sentido, pois as pessoas com maior ideação suicida costumam apresentar maior

desesperança, sendo previsível que não usem estratégias de coping que podem ser protectoras tal como a reinterpretação positiva, o humor, etc.

Em terceiro lugar foi colocado como hipótese que os idosos com mais depressão apresentassem maior dependência, menor escolaridade e mais ansiedade.

Tal como defendido por outros autores, os resultados mostraram que quanto mais depressão os participantes apresentavam, também maior dependência tinham (Forsell, 2000; Greenglass, Fiksenbaum, & Eaton, 2006), mais ansiedade apresentavam (Forsell, 2000) e eram também os que tinham menor escolaridade (Forsell, 2000), confirmando a terceira hipótese.

Os resultados mostram, concomitantemente, 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 (Barroso e Tapadinha, 2006; Moreira & Callou, 2003; Teixeira, 2010) e depressão com a saúde (Bruce et al., 2002).

Era também esperado que os idosos com mais ansiedade tivessem menor actividade social e menos visitas de familiares ou amigos.

De acordo com Grammatikopoulos e Koutentaris (2010) quanto mais ansiedade os idosos têm, menos actividade social apresentam. De acordo com estes autores e corroborando a primeira parte desta hipótese, os resultados mostraram que quanto maior sintomatologia ansiosa os participantes apresentavam, menor era o índice de actividade e lazer.

Contudo, apesar de não se ter encontrado a relação entre o número de visitas de familiares ou amigos e a ansiedade defendida por Forsell (2000), os resultados mostraram que os participantes com maior auto-percepção de solidão apresentavam maior ansiedade. Assim, é possível que a solidão seja sentida mais pela falta de qualidade das visitas do que pela falta da quantidade de visitas. Fortalecendo esta ideia está o facto de, no presente estudo, a regularidade das visitas não estar significativamente associada à solidão.

Interessa ainda referir que os idosos mais ansiosos apresentam uma pior auto-percepção de saúde e utilizam mais a religião como estratégia de *coping*.

Em quinto lugar, era esperado que os idosos com mais actividades de lazer e maior capacidade funcional apresentassem estratégias de *coping* mais focadas no problema.

Bagheri-Nesami e colaboradores (2010) referem que os idosos com maior ocupação dos tempos livres e maior independência apresentam estratégias de coping mais adequadas.

Os resultados mostraram que quanto menos actividades de lazer os idosos realizam, menos são utilizadas as estratégias de *coping* planejar, reinterpretação positiva e auto-distracção, que são estratégias de coping focadas no problema.

A análise dos resultados mostrou ainda que quanto mais independentes os idosos são, mais são utilizadas as estratégias de *coping* - *coping* activo, planejar, reinterpretação positiva, auto-distracção e uso de substâncias. Logo, em termos gerais, a hipótese foi confirmada.

Por último e relativamente às diferenças entre géneros, pela sexta hipótese era esperado que as mulheres apresentassem mais depressão, mais ansiedade, menos actividades de lazer e mais estratégias de *coping* orientadas para a emoção.

Na literatura a as mulheres têm sido referidas como tendo maior probabilidade de sofrer de depressão (Schoevers, Beekman, & Deeg, 2003; Andrade, 2007; Vaz, 2009), de ansiedade (Schoevers et al., 2003; Kirmizioglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009; Grammatikopoulos & Koutentaris, 2010) e de adoptar mais estratégias de coping focadas na emoção (Yeh, Huang, Chou, & Wan, 2009).

Na presente investigação, as mulheres apresentaram acentuadamente mais ansiedade do que os homens e também são elas que utilizam mais a religião como estratégia de *coping*, confirmando parcialmente a hipótese, no entanto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a depressão e para a actividade e lazer.

Relativamente à depressão, estas diferenças de resultados comparativamente com o esperado talvez se possam justificar pelo facto de os factores que promovem a depressão, numa idade muito avançada tenham mais a ver com questões de saúde e percepção de solidão (variáveis que se encontram relacionadas), diferindo assim da população mais jovem, onde os papéis de género têm mais influência.

Foram ainda encontrados outros resultantes que podem permitir conclusões interessantes.

Por exemplo, os idosos da Grande Lisboa foram o grupo que revelou utilizar mais como estratégia de *coping* a utilização de suporte instrumental, religião, auto-distracção e uso de substâncias e o que apresentou menor índice de actividade e lazer e menor independência.

O grupo de idosos do Alentejo foi o grupo que apresentou mais depressão e mais ideação suicida e que utilizou menos as estratégias de *coping* - utilização de suporte instrumental, religião, auto-culpabilização, aceitação, negação, auto-distracção e uso de substâncias.

Os participantes do Algarve foram o grupo com maior índice de actividade e lazer, menor depressão, maior utilização das estratégias de *coping* auto-culpabilização, aceitação, negação e humor e menos uso de substâncias.

Estes resultados vão ao encontro referido na literatura onde as zonas de Portugal referenciadas como detentoras das maiores taxas de suicídio são o Alentejo, o Algarve e a grande Lisboa. O Alentejo é vista como zona crítica por ocorrer um número elevado de suicídios em relação às outras zonas (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarondo, & Martín-León, 2005; Freitas & Botega, 2002). De acordo com Saraiva (2006) existem factores associados ao suicídio no Alentejo que justificam esta predominância de taxas, como sendo a baixa densidade populacional; menor grau de integração; existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social; a população maioritariamente composta por idosos, havendo uma grande solidão no meio em que se vive. Seabra (2006) acrescenta ainda que no Alentejo e no Algarve, o número de suicídios na população assume um particular dramatismo, principalmente na população idosa com 65 ou mais anos

No que concerne ao estado civil, os participantes solteiros foram os que apresentaram mais desinvestimento comportamental, os casados ou em união de facto foram os que apresentam menos depressão e menor abuso de substâncias, os divorciados ou separados os que apresentam maior abuso de substâncias e os participantes viúvos foram os que apresentam mais depressão e menor desinvestimento comportamental.

Lebret e colaboradores (2006) concluíram que ao nível do estado civil, existem diferenças entre os géneros para a ideação suicida. Para estes autores as mulheres viúvas têm maior probabilidade de realizar tentativas de suicídio e a maioria dos homens que realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio, analisados no seu estudo, eram casados ou tinham uma união de facto. Talvez por este facto, e analisando homens e mulheres em conjunto, não se tenham encontrado diferenças na ideação suicida entre os estados civis.

Barroso e Tapadinhas (2006) mostram que, ao nível do estado civil, os idosos casados são os que apresentam menor solidão, podendo ser a causa de nos resultados da presente investigação os idosos casados serem os que apresentam menor depressão.

Os resultados mostram, também, que os participantes com uma pior situação económica foram os que apresentaram mais depressão, mais ideação suicida e menos reinterpretação positiva, aceitação e auto-distracção.

Em contrapartida, os participantes com uma situação económica boa foram os que apresentaram menos depressão, menos ideação suicida e mais reinterpretação positiva, aceitação e auto-distracção.

Estes resultados permitem ver que o facto de haver alguma estabilidade económica tranquiliza os idosos e a sua falta pode ser vista como um factor de risco para desenvolvimento de patologia depressiva e ansiosa e de ideação suicida.

Relativamente à escolaridade, os resultados mostraram que quanto maior era a escolaridade maior era a independência e mais utilizadas eram as estratégias de *coping*: *coping* activo, planejar, religião, reinterpretação positiva, negação, auto-distracção, uso de substâncias e humor, mais actividades de lazer os participantes relataram e menor era a depressão e a ideação suicida.

Noro e Aro (1996) defendem estes resultados referindo que os idosos com mais habilitações académicas são os que apresentam menor isolamento.

Também Forsell (2000), num estudo sobre os factores preditores da depressão em idosos encontrou como preditor ter menos de oito anos de escolaridade.

Os resultados revelaram, igualmente, que quanto mais idade tinham os participantes, menor era a frequências de actividades de lazer, menor era a independência, e menos eram usadas as estratégias de *coping* auto-distracção e uso de substâncias.

Estes resultados fazem sentido, uma vez que é natural que à medida que os idosos avançam na idade percam capacidades físicas.

Outro aspecto que aponta na mesma direcção é que quanto mais longo era o internamento menor era a independência do idoso.

Por fim, os resultados mostraram, ainda que quanto mais independentes os idosos eram menor era a ideação suicida e mostram que quanto menos actividades de lazer os idosos realizavam, maior era a ideação suicida e a ansiedade.

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, contudo, para um estudo desta dimensão e com estes prazos pensamos ser difícil de realizar tal análise.

Como sugestão para estudos futuros propõe-se fazer uma 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. Seria muito interessante também, poder-se analisar se nestas três áreas, especialmente na zona do

Alentejo, existe alguma justificação genética para a existência de taxas tão elevadas de suicídio, ou se estamos a falar apenas de condições ambientais.

Conclusão

É defendido em inúmeros estudos que o número de idosos está a aumentar significativamente, acontecendo este aumento de forma análoga em todos os países ocidentais (Bireland & Natvig, 2009; Greenglass, Fiksenbaum, & Eaton, 2006).

Em Portugal, dados referentes ao ano de 2009, e mostram que aproximadamente 18 por cento da população residente em Portugal tem 64 ou mais anos (INE, 2010).

Estando o número de idosos a aumentar, assim como a esperança média de vida, é importante salientar que o envelhecimento envolve alterações no padrão das doenças e na frequência das incapacidades (Rebouças & Pereira, 2008).

Juntamente com outro tipo de doenças associadas à idade, é comum o aparecimento de doenças de cariz psicológico. Contudo, pensa-se que os números das perturbações psicológicas em idosos são ainda mais elevados do que as estatísticas nos mostram, pois estas perturbações estão frequentemente mascaradas, sendo os seus sintomas entendidos como consequência da idade, perda de capacidade e independência, ou de outras doenças físicas.

Por exemplo, 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 (Bruce, et al., 2002).

Por outro lado, a ansiedade, apesar de ser uma patologia muito comum, é subestimada, pouco tratada e pobremente estudada, nos idosos (Alwahhabi, 2003).

Desta forma, é importante existirem meios de diagnóstico adequados à faixa etária e uma maior divulgação de trabalhos como este que fazem um alerta para a problemática do ajustamento emocional e da suicidalidade.

Estes tipos de perturbações acarretam elevados custos ao sistema de saúde pois estão associados a mais visitas aos cuidados de saúde primários e ao aumento da duração dessas visitas (Wetherell, et al., 2005).

É importante ainda referir que as taxas de suicídio mais elevadas são encontradas entre os idosos (Malfent, Wondrak, Kapusta, & Sonneck, 2010; Gusmão, Costa, & Quintão, 2010), especialmente nos homens (Kapusta & Sonneck, 2004; Etzersdorfer, Voracek, Kapuska, & Sonneck, 2005; Kapusta, Etzersdorfer, & Sonneck, 2007).

Gusmão, Costa e Quintão (2010) referem que, no caso português, a taxa de suicídio é superior nos homens em função das mulheres em todas as faixas etárias.

Com base nesta informação e nos resultados desta investigação, chega-se à conclusão 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.

O *coping* sendo entendido como um processo dinâmico e modulável, de acordo com as avaliações e reavaliações feitas sobre determinado acontecimento e sendo descrito como uma constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para gerir as exigências internas e/ou externas, específicas, que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984) e sabendo que no caso do idoso, o *coping* tem a particularidade de reflectir as suas histórias individuais ao longa da vida (Pietila & Tervo, 1998), é outro factor importante a ter em conta na prevenção.

A percepção das estratégias de *coping* e das suas consequências para a saúde, em idosos, é importante para garantir um envelhecimento saudável (Bagheri-Nesami, Rafii, & Oskouie, 2010).

Birkeland e Natvig (2009) mencionam que se o idoso tem tendência a ser passivo e resignado, pode ser essencial que os serviços de apoio da comunidade tenham de ter uma abordagem mais activa para treinar a resolução de problemas com esses idosos, com o objectivo de ajudá-los a criar um ritmo diário com o qual eles possam se sentir confortáveis.

Com base no exposto, contamos ter contribuído com informação relevante, para a prática clínica dos psicólogos que trabalham em lares de idosos e para futuros programas de prevenção que possam ser elaborados com o fim de melhorar as estratégias de coping dos idosos e o seu bem-estar através de actividade de carácter social e no âmbito do desporto.

Referências

- Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., et al. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*, 166, 882-890.
- Almeida, A. (2006). Envelhecimento: Faça mais por si. *Psicologia Actual*, 3, 104-106.
- Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 180-193.
- Andrade, S. (2007). *Geriatric Depression Scale (GDS-30): Estudos de validação em grupos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Avramov, D., & Maskova, M. (2003). *Active ageing in europe*. Estrasburgo: Conselho da Europa.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 59-66.
- Bagheri-Nesami, M., Rafii, F., & Oskouie, S. F. H. (2010). Coping strategies of Iranian elderly women: A qualitative study. *Educational Gerontology*, 36, 573-591.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da Ansiedade: Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias adaptativas ao longo da vida* (pp. 89-141). Coimbra: Quarteto Editora.
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). *Orfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparative entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Retirado em 3, Novembro, 2010, de www.psicologia.com.pt.
- Barua, A., & Kar, N. (2010). Screening for depression in elderly Indian population. *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 150-153.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Beck scale for suicide ideation. Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck anxiety inventory. Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bernstein, D. A. (1981). Anxiety Management. In W. E. Craighead, A. E. Kazdin, & M. J. Mahoney (Eds.) *Behavior Modification. Principles, issues, and applications* (pp. 205-222). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Birkeland, A., & Natvig, G. K. (2009). Coping with aging and failing health: A qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 257-264.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P., & Marin-León, L. (2005). Suicidal Behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1, 45-53.
- Bruce, M. L., McAvay, G. J., Raue, P. J., Brown, E. L., Meyers, B. S., Keohane, D. J., Jagoda, D. R., et al. (2002). Major depression in elderly home health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 8, 1367-1374.
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds III, C. F., Katz, I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1081-1091.
- Calenti, J. (2002). *Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual*. Coruna: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento*. Retirado em 28, Março, “011, de www.psicologia.com.pt.
- Carvalho, V., & Fernandes, M. (1999). Depressão no idoso. In M. Netto (Ed). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 267-283.
- Clarke, M. (1984). The constructs, stress and coping as rationale for nursing activities. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 27-275.
- Chen, W. J., Chen, C. C., Ho, C. K., Lee, M. B., Chung, Y. T., Wang, Y. C., et al. (2009). The suitability of the BSRS-5 for assessing elderly who have attempted suicide and need to

- be referred for professional mental health consultation in a metropolitan city, Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1151-1157.
- Collett, B. (2003). Ten-year review of rating scales. VI: scales assessing externalizing behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 1143-1170.
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 46-49.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Denihan, A., Kirby, M., Bruce, I., Cunningham, C., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (2000). Three-year prognosis of depression in the community-dwelling elderly. *British Journal of Psychiatry*, 176, 453-457.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zehar Editores.
- Etzersdorfer, A., Voracek, M., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2005). Epidemiology of suicide in Austria 1990-2000: General decrease, but increased suicide for old men. *Wien Klin Wochenschr*, 117, 31-35.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 65-77.
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. *Revista da Associação Brasileira de Medicina*, 3, 245-249.
- Forsell, Y. (2000). Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 259-263.
- Gibbs, L. M., Dombrowski, A. Y., Morse, J., Siegle, G. J., Houck, P. R., & Szanto, K. (2009). When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1396-1404.

- Gonçalves, R. L. (2010). *Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Grammatikopoulos, I., & Koutentakis, C. (2010). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of General Psychiatry*, 9, 137.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*, 1, 15-31.
- Grek, A. (2007). Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1, 475-575.
- Gusmão, R., Costa, S., & Quintão, S. (2010). *Diminuição da taxa de suicídio em Portugal: Realidade ou falácia?*. Comunicação apresentada nas 8^{as} Jornadas sobre Comportamentos Suicidiários, no Luso.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2008). Psychological resilience to suicide ideation among older adults. *Clinical Gerontologist*, 31, 1–29.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *População residente (N.º) por local de residência, sexo e grupo etário (por ciclos de vida); anual*. Retirado em 28, Março, 2011, de www.ine.pt.
- Jeste, D. V., Alexopoulos, G. S., Bartels, S. J., Cummings, J. L., Gallo, J. J., Gottlieb, G. L., et al. (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next two decades. *Archives of General Psychiatry*, 56, 848-853.
- Kaplan, H., Adanek, M., & Martin, J. (2001). Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 728-734.
- Kapusta, N. D., Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. (2007). Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970–2004: An analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 438–444.
- Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2004). Suicides of men in Austria: An epidemiological analysis over a 30-year period. *The Journal of Men's Health & Gender*, 1, 197–202.

- Kim, Y. A., Morales, K. H., & Bogner, H. R. (2008). Patient ethnicity and identification of anxiety in elderly primary care patients. *The American Geriatrics Society*, 56, 1626-1630.
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorder among elderly people. *International of Geriatric Psychiatry*, 24, 1026-1033.
- Kraaij, V., Garnefski, N., & Maes, S. (2002). The join effects of stress, coping, and coping resources on depressive symptoms in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*, 2, 163-177.
- Kraaij, V., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 3, 275-281.
- Lau, R., Morse, C. A., & Macfarlane, S. (2010). Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide: A controlled comparison. *Journal of Women & Aging*, 23, 3-14.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lebret, S., Perret-Vaille, E., Mulliez, A., Gerband, L., & Jalenques, I. (2006). Elderly suicide attempters: characteristics an outcome. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1052-1059.
- Lenze, E. (2003). Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 1, 62-67.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 261-270.
- Linares, J. J. G., Herrera, R. R., Fuentes, M. C. P., & Acién, F. L. (2008). Análisis de los factores preditores de la dependencia funcional en personas mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 117-126.
- Machado, F. L., & Roldão, C. (2010). *Imigrantes idosos: uma nova face da imigração em Portugal*. Lisboa: Observatório de Imigração.
- Magalhães, C. P. (2010). Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*, 2, 815-825.
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 2, 7-16.

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Malfent, D., Wondrak, J., Kapuska, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 843-849.
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. M. (2011). Prevalencia de dependência funcional y su asociación com caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*, 1, 26-33.
- Martins, R. M. L. (sem data). *Os idosos e as actividades de lazer*. Retirado em 28, Março, 2011, de www.ipv.pt/millennium/millennium38/16.pdf.
- Massee, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: Methodological, complementary and ontological incommensurability. *Quality Health Research*, 10, 411-423.
- Merlo, J., Ostergren, P. O., Manson, N. O., Hanson, B. S., Ranstam, J., Blennow, G., et al. (2000). Mortality in elderly men with low psychosocial coping resources using anxiolytic-hypnotic drugs. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 294-297.
- Mezuk, B., Prescott, M. R., Tardiff, K., Vlahov, D., & Sandro, G. (2008). Suicide in older adults in long-term care: 1990-2005. *Journal of American Geriatrics Society*, 56, 2107-2111.
- Miller, M. C. (2009). Treating generalized anxiety disorder in the elderly. *Harvard Mental Health Letter*, 3, 1-4.
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literature. *Revista de Saúde Pública*, 4, 750-757.
- Monat, A., Lazarus, R. S., & Gretchers, R. (2007). *The praeeger handbook on stress and coping*. Westport, CT: Praeger.
- Moreira, V., & Callou, V. (2006). Fenomenologia da solidão na depressão. *Mental*, 7, 67-83.
- Mueller, T. I., Kohn, R., Leventhal, N., Leon, A. C., Solomon, D., Coryell, W., et al. (2005). The cause of depression in elderly patients. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1, 76 - 82.
- Noro, A., & Aro, S. (1996). Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Research*, 5, 355-366.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

- Nunes, M. E. S., & Santos, S. (2009). Avaliação funcional de idosos em três programas de actividade física: caminhada, hidroginástica e Liang Cong. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9, 150-159.
- Oliver, A., Navarro, E., Maléndez, J. C., Molina, C., & Tomás, J. M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la república dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3, 189-196.
- Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Lisboa: Livpsic.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism. Negative and positive*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 1, 3-15.
- Pietila, A. M., & Tervo, A. (1998). Elderly finnish people's experiences with coping at home. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 19-24.
- Quintão, S. (2010). *Validación de la versión portuguesa de la escala de ansiedad de Beck - BAI*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidad de Salamanca. Salamanca.
- Quintão, S., Costa, S., & Gusmão, R. (2010). *A epidemiologia da suicidalidade em adolescents e jovens adultos em Portugal*. Comunicação apresentada no XVIII Encontro da adolescência, Lisboa.
- Raue, P. J., Meyers, B. S., Rowe, J. L., Heo, M., & Bruce, M. L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 32-37.
- Rebouças, M., & Pereira, M. G. (2008). Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4, 237-246.
- Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007) Low resilience in suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 11, 265-269.
- Rucan, P. L., Hategan, M., Barbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 4966-4971.
- Saraiva, C. B. (2006). Estudos sobre o para-suicídio e comportamentos suicidários em Portugal.

- Seabra, D. (2006). Idades avançadas, da solidão ao suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal*, (pp. 247-256). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer? In H. Firmino, L. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.). *Psicogeriatria* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 994-1001.
- Scocco, P., & Leo, D. (2002). One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 842-846.
- Shah, A., & Suh, G. H. (2009). Elderly suicides in Korea: time trends and age-associated trends. *Journal of Chinese Clinical Medicine*, 5, 274-281.
- Sherina, M., Zulkefli, N., & Mustaquim, A. (2003). Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 2, 196-199.
- Shirley, P., Leung, Y., & Mak, W. (2000). Depression in institutionalised older people with impaired vision. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2, 1120-1124.
- Sinoff, G., & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the trait-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stefanello, S., Cais, C. F., Mauro, M. L., Freitas, G. V., & Botega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2, 139-143.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da actividade física. *Motriz*, 3, 91-98.
- Takeda, M., & Tanaka, T. (2010). Depression in the elderly. *Geriatrics Gerontology International*, 10, 277-279.
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação – piloto de um programa de intervenção*.

Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentado na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

- Van der Weele, G. M., Gussekloo, J., De Wall, M. W. M., De Craen, A. J. M., & Van der Mast, R. C. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 595-601.
- Vanlaere, L., Bouckaert, F., & Gastmans, C. (2007). Care for suicidal older people: Current clinical–ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 33, 376–381.
- Vaz, S. F. A. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado. Estudo em idosos residentes nos lares do Distrito de Bragança*. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Vieira, E. (1996). *Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Wang, P. S., Patrick, A. R., Dormuth, C. R., Avorn, J., Maclure, M., Canning, C. F., et al. (2008). The impact of cost sharing on antidepressant use among older adults in British Columbia. *Psychiatric Services*, 4, 377-383.
- Wetherell, J. L., Maser, J. D., & Van balkom, A. (2005). Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 401-402.
- Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: age differences in maturity of defense mechanisms and coping strategies. *Aging Mental Health*, 2, 123-132.
- Yeh, S. C. J., Huang, C. H., chou, H. C., & Wan, T. T. H. (2009). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles*, 60, 44-56.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 1, 37-49.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.

APÊNDICES



Lisboa, Dezembro de 2010

Exmos. Srs.,

Sou aluna de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, e estou a realizar a minha tese final sobre o estado emocional dos idosos portugueses, internalizados em lares ou a viver no seu domicílio.

Desta forma, gostaria de pedir a V/ autorização para passar alguns testes psicológicos aos idosos da V/ instituição.

Grata pela V/ atenção, me despeço.

Atentamente,

Lurdes Moutinho

PROTOCOLO

--	--	--

Caro(a) participante,

Queremos solicitar a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o estado psicológico dos idosos portugueses.

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

Os dados que nos vai facultar são confidenciais e anónimos, destinando-se a tratamento estatístico em grupo, pelo que pedimos que não escreva o seu nome neste questionário.

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

Agradecemos desde já a sua colaboração.

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

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 ____ Activo ____

Está num lar? Sim ____ Não ____

Se sim, a iniciativa do internamento foi:

Iniciativa própria ____ Trazido(a) por amigos ____

Trazido(a) por familiares ____ Trazido(a) por técnicos de acção social ____

Tempo de internamento: ____ anos

Regularidade com que é visitado: ____ vezes por mês

Se não está num lar, com quem vive: _____

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 ____

ÍNDICE DE ACTIVIDADE E LAZER

Versão Original (Portuguesa): Vaz, 2009

Importância atribuída à ocupação de tempos livres:

	Muita	Bastante	Nem muita nem pouca	Pouca	Muito pouca
1 - Ler					
2 – Ver televisão					
3 – Ouvir música					
4 – Passear					
5 – Fazer tricô					
6 – Jogar às cartas					
7 – Conversar com os amigos					

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Versão Original: Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Huang, Rose, Adey, & Leirer, 1983.

Versão Portuguesa: Andrade, 2007.

	Sim	Não
1 – Está satisfeito(a) com a sua vida?		
2 – Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?		
3 – Sente a sua vida vazia?		
4 – Fica muitas vezes aborrecido(a)		
5 – Tem esperança no futuro?		
6 – Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?		
7 – Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?		
8 – Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?		
9 – Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
10 – Sente-se muitas vezes desamparado(a)		
11 – Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?		
12 – Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?		
13 – Preocupa-se muitas vezes com o futuro?		
14 – Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?		
15 – Pensa que é muito bom estar vivo(a)?		
16 – Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?		
17 – Sente-se inútil?		
18 – Preocupa-se muito com o passado?		
19 – Acha a sua vida interessante?		
20 – É difícil começar novas actividades?		
21 – Sente-se cheio(a) de energia?		
22 – Sente que para si não há esperança?		
23 – Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?		
24 – Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?		
25 – Sente-se muitas vezes com vontade de chorar?		
26 – Tem dificuldade em se concentrar?		
27 – Gosta de se levantar de manhã?		
28 – Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?		
29 – Tem facilidade em decidir as coisas?		
30 – O seu pensamento é claro como antes?		

ÍNDICE DE BARTHEL

Versão Original: Mahoney, & Barthel, 1965

Versão Portuguesa: Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, 2007

Actividade	Escolha uma das hipóteses de resposta com uma cruz			
	Dependente		Necessita de ajuda (cortar, espalhar manteiga,...)	Independente (todas as acções)
1 – Alimentação				
	Necessidade de ajuda		Independente (para face/cabelo/dentes/barbear)	
2 – Higiene pessoal				
	Incontinente/algaliado		Acidente ocasional	Continente
3 – Bexiga				
4 – Intestinos				
	Incapaz	Muita ajuda, pode sentar-se	Ajuda mínima (verbal, física)	Independente
5 – Deslocação (transferência cama- cadeira)				
	Incapaz	Independente (em cadeira de rodas)	Anda com ajuda de terceiros (pode necessitar de apoio)	Independente
6 – Mobilidade				
	Dependente		Necessita de alguma ajuda	Independente (todas as acções)
7 – Uso de sanitários				
	Dependente		Precisa de ajuda na maior parte das acções	Independente (incluindo botões, laços, fechos de correr)
8 – Vestir				
	Dependente		Independente	
9 – Banho				
	Incapaz		Necessita de ajuda	Independente
10 – Escadas				

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com um círculo (O) na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

BSI, Beck, Kovacs, & Weissman, 1979

Tradução: Pereira, 2008

Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você se tem sentido **na última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha**.

1-	Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte	0
	.....	1
	Tenho um desejo fraco de viver	2
		
2-	Não tenho desejo de morrer	0
	.....	1
	Tenho um desejo fraco de morrer	2
		
3-	Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte	0
	.....	1
	As minhas razões para viver pesam mais que as minhas razões para morrer	2
		
4-	As minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais	0
	.....	1
	As minhas razões para morrer pesam mais que as minhas razões para viver	2
		
5-	Não tenho desejo de me matar	0
	.....	1
	Tenho um desejo fraco de me matar	2
		
6-	Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte	0
	.....	1
	Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria salvar-me	2
		
7-	Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.....	0
	.....	1
	Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte	2
		
8-	Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente	0
	.....	1
	Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo	2
		

	Tenho longos períodos com ideias de me matar	
7-	Raramente ou ocasionalmente penso em matar-me Tenho ideias frequentes de me matar Penso constantemente em matar-me	0 1 2
8-	Não aceito a ideia de me matar Não aceito, nem rejeito a ideia de me matar Aceito a ideia de me matar	0 1 2
9-	Consigo controlar-me quanto a cometer suicídio Não estou certo se consigo controlar-me quanto a cometer suicídio Não consigo controlar-me quanto a cometer suicídio	0 1 2
10-	Eu não me mataria por causa da minha família, dos meus amigos, da minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida, etc Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, dos meus amigos, da minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida, etc Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, dos meus amigos, da minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida, etc	0 1 2
11-	As minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir vingar-me das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc As minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar os meus problemas As minhas razões para querer cometer suicídio baseia-se principalmente numa fuga dos meus problemas	0 1 2
12-	Não tenho um plano específico sobre como me matar Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes Tenho um plano específico para me matar	0 1 2
13-	Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo	0 1 2

14-	Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio	0
	Não estou certo se tenho coragem ou a capacidade para cometer suicídio	1
	Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio	2
15-	Não espero fazer uma tentativa de suicídio	0
	.....	1
	Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio	2
	 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio	
16-	Eu não fiz preparativos para cometer suicídio	0
	Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio	1
	.....	2
	Os meus preparativos para cometer suicídio já estão prontos ou completos	
17-	Não escrevi um bilhete suicida	0
	Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei	1
	Tenho um bilhete suicida pronto	2
18-	Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	0
	Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	1
	Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	2
19-	Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar	0
	.....	1
	Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar	
	Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio	2
20-	Nunca tentei suicídio	0
	Tentei suicídio uma vez	1
	Tentei suicídio duas ou mais vezes	2
21-	Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco	0
	Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado	1
	Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer forte	2

BAI

Versão Original: Beck & Steer, 1993.

Versão Portuguesa: Quintão, 2010.

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Identifique o quanto se tem sentido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um círculo no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigueiro	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trémulo	0	1	2	3
14. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no abdómen	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3

COPE

Versão Original: Carver, Scheir, & Wentraub, 1989.

Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, & Rodrigues, 2004.

Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que faz para lidar com os problemas. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tenta lidar com os seus problemas. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. Queremos saber *em que extensão* faz aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe parece ter sido *eficaz* ou não - mas se faz ou não faz isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como é PARA SI com o máximo de verdade.

	0-nunca faço isto	1-faço isto por vezes	2-em média é isto que faço	3-faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13- Faço críticas a mim próprio				
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15- Procuro o conforto e compreensão de alguém				
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21- Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença				

espiritual				
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24- Tento aprender a viver com a situação				
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
26- Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28- Enfrento a situação com sentido de humor				

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1),3-15