



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E CAPACIDADE FUNCIONAL:

Um estudo com adultos com 65+ anos residentes em Portugal e na Dinamarca

Lisandra Fossari Iwersen Reynaud



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Lisandra Fossari Iwersen Reynaud

Sintomatologia depressiva e capacidade funcional:
Um estudo com adultos com 65+ residentes em
Portugal e na Dinamarca

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Patrícia Silva
Professora Doutora Maria Isabel Amorim

Março de 2024

Agradecimentos

A Deus, por todas as bençãos e anjos que Ele coloca no meu caminho.

À minha orientadora, Professora Doutora Patricia Silva, agradeço de todo o coração pela sua total disponibilidade, ajuda e paciência durante este processo. Muito obrigada por todo conhecimento transmitido, pela forma próxima com que sempre me atendeu e pelas palavras de incentivo nas horas de dificuldade.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Maria Isabel Amorim, pela sua disponibilidade e contribuição na concepção e desenvolvimento deste trabalho.

Aos demais professores e colegas de turma do curso de Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pelo acolhimento.

Aos meus pais, Dante e Rosa, alicerces em todos os momentos da minha vida, pelo incentivo e apoio incondicional, por serem sempre o meu porto seguro, mesmo a um oceano de distância. A vocês, minha eterna e infinita gratidão.

Ao meu marido, Claudio, por caminhar ao meu lado e sempre acreditar que “Vai dar certo!” Pela paciência e compreensão durante os anos de mestrado e elaboração desta dissertação, muito obrigada.

À minha Doninha, fiel companheirinha nas horas e horas de escrita. Por preencher meus dias com amor.

A todos os idosos incríveis que tive a honra de conhecer, obrigada.

Um bem-haja a todos!

RESUMO

Contexto e objetivos. Na literatura, de entre os aspetos que compreendem o envelhecimento saudável, a saúde mental tem merecido especial atenção, pois, a sua alteração pode contribuir para a perda da independência e autonomia. Assim, problemas de saúde mental como a depressão têm sido associados a anos de vida com maior incapacidade. Neste âmbito, os idosos constituem um grupo vulnerável devido à maior exposição a um conjunto de fatores (falecimento de pares, surgimento de limitações, entre outros). Segundo a literatura, a sintomatologia depressiva é mais prevalente nas mulheres, nos adultos mais velhos com baixos níveis de escolaridade, com baixos rendimentos, que residem sozinhos e com redes sociais frágeis. Simultaneamente, é identificada uma associação negativa entre a maior capacidade funcional e sintomatologia depressiva. No contexto europeu, alguns estudos (Conde-Sala et al., 2019) concluíram que os adultos mais velhos que residem no Sul da Europa, em comparação com os que residem no Norte, apresentam maior probabilidade de experienciar sintomas depressivos. Assim, este trabalho visa analisar comparativamente a prevalência de depressão em idosos que residem em Portugal e na Dinamarca e a relação entre a sintomatologia depressiva e capacidade funcional

Método. Este é um estudo descritivo e correlacional, transversal e de natureza quantitativa. A amostra deste estudo é constituída por idosos com 65+anos, residentes em Portugal (N=843) e na Dinamarca (N=1764), que responderam ao inquérito SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), na vaga 6. Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS, versão 27.

Resultados. Os resultados, deste estudo, apontam para a existência de uma maior percentagem de adultos com 65 + anos com sintomatologia depressiva significativa em Portugal (48,8%), do que na Dinamarca (15,6%). Em ambos os países os adultos com 65+ anos com sintomas depressivos significativos distinguem-se dos seus pares, sem sintomas depressivos significativos no que diz respeito às características sociodemográficas, económicas e de saúde. Mais concretamente a sintomatologia depressiva significativa é mais frequente nas pessoas mais velhas, do género feminino, com baixos níveis de escolaridade e com maiores dificuldades em fazer face às despesas mensais. As pessoas com sintomatologia depressiva significativa, em comparação com os seus pares sem sintomatologia depressiva, também residem em maior percentagem a solo e apresentam um maior número médio de doenças crónicas e uma pior auto-percepção da saúde. O principal resultado desta investigação aponta para o facto de em ambos os países a existência de limitações nas atividades instrumentais da vida diária e nas atividades básicas da vida diária se correlacionarem, positivamente com a sintomatologia depressiva.

Conclusão. As conclusões deste estudo, numa visão da Gerontologia Social, apontam para a importância do ambiente e da manutenção da capacidade funcional para um envelhecimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE. capacidade funcional; depressão; envelhecimento saudável.

ABSTRACT

Background and objectives. In the literature, among the aspects that make up healthy ageing, mental health has been given special attention, as its alteration can contribute to a loss of independence and autonomy. Thus, mental health problems such as depression have been associated with years of life with greater disability. In this context, the older people are a vulnerable group due to their greater exposure to a number of factors (death of peers, limitations, among others). According to the literature, depressive symptoms are more prevalent in women, older adults with low levels of education, low incomes, who live alone and have weak social networks. At the same time, a negative association has been identified between greater functional capacity and depressive symptoms. In the European context, research (Conde-Sala et al., 2019) has concluded that older adults living in southern Europe are more likely to experience depressive symptoms than those living in northern Europe. This study therefore aims to analyze the relationship between functional capacity and depressive symptoms in older adults living in Portugal and Denmark.

Method. This is a correlational, cross-sectional study of a quantitative nature. The sample consisted of elderly people aged 65+ living in Portugal (N=843) and Denmark (N=1764) who answered the SHARE survey (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) in wave 6. SPSS software, version 27, was used for quantitative analysis.

Results. The results of this study show that there is a higher percentage of adults aged 65+ with significant depressive symptoms in Portugal (48.8%) than in Denmark (15.6%). In both countries, adults aged 65+ with significant depressive symptoms differ from their peers without significant depressive symptoms in terms of sociodemographic, economic and health characteristics. More specifically, significant depressive symptoms are more common among older people, females, those with low levels of education and those with greater difficulties in making ends meet. People with depressive symptoms, compared to their peers without depressive symptoms, live alone more often and also have a higher average number of chronic illnesses and a poorer self-perception of health. The main result of this research is that in both countries, limitations in instrumental activities of daily living and basic activities of daily living are related to depressive symptoms in Portugal and Denmark.

Conclusion. The conclusions of this study, from a social gerontology perspective, point to the importance of the environment and maintaining functional capacity for healthy ageing.

KEYWORDS. functional capacity; depression; healthy ageing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1.REVISÃO DA LITERATURA	10
1.1- O Envelhecimento Demográfico e a Gerontologia Social	11
1.2 Múltiplas abordagens (positivas) do envelhecimento: O Envelhecimento Saudável	12
1.3. Saúde mental e envelhecimento.....	14
1.3.1 Depressão e os seus principais determinantes.....	16
1.3.2 Capacidade funcional e envelhecimento	18
2.MÉTODO.....	21
2.1. Plano de Investigação e Participantes.....	22
2.1.1. Considerações éticas do projeto SHARE	23
2.2 Procedimentos de recolha de dados e Instrumentos	23
2.3. Procedimento de análise de dados	25
3.RESULTADOS	26
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	27
3.2. A sintomatologia depressiva na Europa: o caso de Portugal e da Dinamarca.....	28
3.2.1- A sintomatologia depressiva e as características sociodemográficas dos adultos de 65 e mais anos residentes em Portugal e na Dinamarca	29
3.2.2 A sintomatologia depressiva e a saúde dos adultos de 65 e mais anos residentes em Portugal e na Dinamarca.....	32
3.3 A capacidade funcional e a sintomatologia depressiva em adultos com 65 ou mais anos residentes em Portugal e na Dinamarca	33
4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
CONCLUSÃO	41
Referências Bibliográficas	43

Índice de tabelas

Tabela 1- Características sociodemográficas, económicas e de saúde Dos Idosos com 65+ anos em Portugal e na Dinamarca	27
Tabela 2- Sintomatologia Depressiva em Adultos com 65+ Anos em Portugal e na Dinamarca .	29
Tabela 3- Características sociodemográficas e económicas dos idosos segundo a Sintomatologia Depressiva em Portugal	30
Tabela 4- Características sociodemográficas e económicas dos idosos segundo a sintomatologia depressiva na Dinamarca	31
Tabela 5- Características de saúde dos idosos segundo a sintomatologia depressiva em Portugal	32
Tabela 6- Características de saúde dos idosos segundo a sintomatologia depressiva na Dinamarca	33
Tabela 7- Capacidade Funcional e Sintomatologia Depressiva em Portugal	33
Tabela 8- Capacidade Funcional e Sintomatologia Depressiva na Dinamarca.....	34
Tabela 9- Associação entre a sintomatologia depressiva e a capacidade funcional em Portugal	35
Tabela 10- Associação entre a sintomatologia depressiva e a capacidade funcional na Dinamarca	35

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Percentagem de adultos com 65 ou mais anos com sintomatologia na Europa	29
--	----

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, o número de pessoas idosas está a crescer rapidamente, causando assim um aumento no número e na proporção de adultos mais velhos da população mundial. No contexto europeu, mais especificamente, as taxas de natalidade cada vez mais baixas e o aumento da esperança de vida também estão a transformar a estrutura da pirâmide etária numa estrutura populacional muito envelhecida (ONU, 2017; EUROSTAT, 2022). Portugal tem-se destacado neste contexto, ao ocupar o segundo lugar no ranking de países mais envelhecidos da Europa (INE, 2021).

Este cenário de envelhecimento demográfico e a crescente necessidade do seu estudo, levou ao desenvolvimento e aprofundamento de novas áreas académicas, entre elas a Gerontologia e a Gerontologia Social. Para Fernández-Ballasteros (2008) o estudo científico do desenvolvimento humano sob a luz da Gerontologia Social expressa uma visão positiva, ultrapassando a ideia de que as pessoas idosas são incapazes, passando a considerar o envelhecimento como um processo que inclui não apenas declínio e perdas, mas também crescimento e estabilidade.

No estudo do envelhecimento têm sido desenvolvidas várias abordagens. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu em 2002 o conceito de Envelhecimento Ativo (EA) e posteriormente em 2015, o conceito de “Envelhecimento Saudável” definindo-o como *“processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”*. (OMS, 2015, p.13)

O Envelhecimento saudável é composto por três grandes dimensões: a capacidade funcional, os ambientes e a capacidade intrínseca (2015, 2020). Dentro deste quadro, a sintomatologia depressiva, que apresenta uma elevada prevalência em grupos etários mais velhos (OMS, 2016), tem um impacto negativo no processo de envelhecimento saudável.

De acordo com a literatura, o declínio na capacidade funcional, que inclui limitações e restrições na realização e participação em atividades, constituiu um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Mausbach et al., 2011). Sabe-se, contudo, que a prevalência da depressão difere entre as regiões da Europa (Conde-Sala et al., 2019; Silva et al., 2022).

Face ao exposto, esta investigação tem como objetivo principal, analisar comparativamente a prevalência de depressão em idosos que residem em Portugal e na Dinamarca e a relação entre a sintomatologia depressiva e capacidade funcional. Em termos de estrutura, a presente dissertação encontra-se dividida em 4 capítulos. O primeiro capítulo pretende enquadrar

teoricamente o problema de investigação através de uma revisão da literatura nos domínios mais relevantes. No final do capítulo são apresentados os objetivos do estudo. O segundo capítulo visa a apresentação do enquadramento metodológico da investigação, descrevendo-se nele o plano de investigação e amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha e os procedimentos da análise dos dados. No Capítulo 3 são apresentados os resultados do estudo empírico. No capítulo 4 procede-se à discussão dos resultados do estudo.

Por fim, a dissertação termina com a apresentação das principais conclusões face aos objetivos de estudo, onde se identificam também as principais limitações do estudo e implicações para a prática gerontológica.

1.REVISÃO DA LITERATURA

1.1- O Envelhecimento Demográfico e a Gerontologia Social

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está a crescer rapidamente, causando assim um aumento no número e na proporção de pessoas idosas da população mundial. De acordo com a mesma fonte, estima-se que o número de idosos duplique até 2050, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 (ONU, 2017).

Esta transformação demográfica resulta, sobretudo, da combinação da queda acentuada na taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, devido às melhores condições sanitárias, aos avanços da medicina e aos cuidados com a saúde. Porém, este acelerado envelhecimento populacional representa um grande desafio social, económico e cultural para diversos setores da sociedade, com implicações transversais também nas estruturas familiares e nos laços intergeracionais (ONU, 2017, 2020).

No contexto europeu, mais especificamente, as taxas de natalidade cada vez mais baixas e o aumento da esperança de vida também estão a transformar a estrutura da pirâmide etária numa estrutura populacional muito envelhecida. De acordo com o EUROSTAT (2022), no ano de 2019, 20,3% da população da União Europeia tinha 65 anos ou mais e, segundo as previsões, o número de pessoas com 80 anos ou mais, deverá ainda aumentar duas vezes e meia entre 2019 e 2100, passando de 5,8% para 14,6 %. A mesma fonte destaca também, para além do aumento da idade média, o aumento do rácio de dependência dos idosos da União Europeia que passaram de 27,1% em 2012 a 33% em 2022.

Em Portugal, a esperança média de vida também aumentou fortemente num curto período. Segundo o Pordata, em 1970, a esperança média de vida à nascença era de 67,1 anos. Em 2023, avançou para os 81 anos (Pordata, 2024) e as previsões apontam para que em 2040 se aproxime dos 85 anos (Castro et al., 2015). Dados dos censos de 2021, identificam o decréscimo da população jovem, com idade entre os 0 e 14 anos e da população em idade ativa (entre 15 a 64 anos), enquanto se verifica o aumento da população idosa (65 e mais anos). Com efeito, o número de idosos já ultrapassa, há muito, o número de jovens em Portugal. O índice de envelhecimento tem aumentado de forma contínua nas últimas décadas, com a existência em 2021 de 184 idosos por cada 100 jovens em idade ativa, contra 128 em 2011 e 102 em 2001. Tais indicadores levaram Portugal a ocupar a posição de segundo país mais envelhecido da Europa e terceiro mais envelhecido do mundo (INE, 2021).

Este contexto de envelhecimento demográfico, além de ser uma questão demográfica, é um fenómeno complexo, com implicações na estrutura social e familiar das sociedades que tem levado ao surgimento de um conjunto de novos desafios (Vicente, 2007). A crescente

necessidade de estudo e de resposta a este fenómeno, juntamente com a procura de mais qualidade de vida levou ao desenvolvimento de novas áreas académicas, como a Gerontologia.

O termo “Gerontologia” foi utilizado em 1903 pela primeira vez por Metchnicoff, do grego (gero = envelhecimento + logia = estudo), este amplo campo inter e multidisciplinar, procura descrever e explicar o processo de envelhecimento bem como os seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais (Saldanha, 2009; Neri, 2014). De acordo com outros autores como Paúl (2012):

“A Gerontologia é uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, para citar apenas algumas, mas que se constitui como novo campo do saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida” (Paúl, 2012, p. 1).

A Gerontologia procura garantir que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido, traduzindo-se tal em dois objetivos. Um objetivo quantitativo, que se reflete na intenção de prolongar a vida, acrescentando-lhe mais anos e outro qualitativo que se foca na necessidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, dando mais vida aos anos (Andrade, 2018; Paço, 2016).

A Gerontologia Social emergiu da Gerontologia e segundo Papaléo-Netto (2002), foi o termo usado por Clark Tibbits em 1954 para descrever a área da Gerontologia que estuda as condições sociais e socioculturais durante o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo. Assim, a Gerontologia Social estuda especificamente o envelhecimento em uma sociedade concreta, considerando as políticas que moldam os ambientes dos indivíduos (Baltes, 1995). Para Fernández-Ballasteros (2008) o estudo científico do desenvolvimento humano sob a luz da Gerontologia Social expressa uma visão positiva, ultrapassando a ideia de que as pessoas idosas são incapazes, passando a considerar o envelhecimento como um processo que inclui não apenas declínio e perdas, mas também crescimento e estabilidade.

Neste contexto, o desenvolvimento de conceitos como o do envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Khan, 1998), ativo (OMS, 2002) e saudável (OMS, 2015) tem contribuído para um paradigma mais positivo do envelhecimento humano (Fonseca, 2010).

1.2 Múltiplas abordagens (positivas) do envelhecimento: O Envelhecimento Saudável

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, desenvolveu o conceito de Envelhecimento Ativo (EA) definindo-o como “*um processo de otimização das oportunidades de*

saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, p.12). Nesta perspectiva, ainda conforme a OMS (2002), a palavra “ativo” alude não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho, mas também à contínua participação nas questões civis (sociais e económicas), culturais e espirituais, mesmo na presença de doenças. Assim, o paradigma do envelhecimento ativo emerge como um programa global de intervenção na sociedade, com vista a responder ao aumento da longevidade e englobou três pilares: saúde, participação e segurança (OMS, 2002). Posteriormente, a OMS (2015) face à necessidade de implementar novas medidas a nível global, tendo em conta a heterogeneidade das vidas mais longas e as desigualdades, acrescentou-se aos três pilares o pilar da aprendizagem ao longo da vida (ILC, 2015).

O envelhecimento ativo depende de diversos fatores determinantes tais como fatores pessoais, físicos, comportamentais, económicos e da disponibilização dos serviços sociais e de saúde (ILC, 2015).

A OMS (2015), também desenvolveu o conceito de **Envelhecimento Saudável**, definindo-o como *“processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”* (OMS, 2015, p. 13). O Envelhecimento saudável é composto por três grandes dimensões: a capacidade funcional, os ambientes e a capacidade intrínseca. A **capacidade funcional** é uma dimensão fulcral e diz respeito à associação da capacidade intrínseca de um indivíduo, as características ambientais relevantes, bem como as relações entre o indivíduo e essas características (OMS, 2015). Os **ambientes** dizem respeito aos contextos em que os indivíduos vivem e às suas interações com eles. Assim, representam um conjunto de recursos ou obstáculos que podem definir se as pessoas com um determinado nível de capacidade poderão, ou não realizar as coisas que consideram importantes (OMS, 2015).

A abordagem ambiental do comportamento humano, para além das variáveis psicológicas e sociais do indivíduo, integram-se também as variáveis do meio. No âmbito gerontológico, Lawton foi um dos pioneiros no estudo da interação pessoa-ambiente na velhice, desenvolvendo o Modelo Ecológico da Competência-Pressão, onde as características ambientais podem funcionar tanto como barreiras, como facilitadoras de determinado comportamento, dependendo das características de cada indivíduo. O mesmo autor, posteriormente, apresenta a teoria da “docilidade ambiental” de acordo com a qual quanto menor a “competência” do indivíduo, maior é o impacto dos fatores ambientais sobre ele. Por outras palavras, pessoas com capacidades reduzidas tendem a ser mais influenciadas pelas dificuldades presentes no ambiente, pois, dispõem de menos elementos que as auxiliem a enfrentar eventuais problemas

(Lawton & Nahemow, 1973; Lawton, 1977). Assim, o ambiente “dócil” maximiza o uso das capacidades individuais (Lawton et al., 1995).

Por fim, a **capacidade intrínseca** diz respeito ao “*composto de todas as capacidades físicas e mentais em que um indivíduo se pode apoiar em qualquer momento*” (OMS, 2015, p. 13). Uma revisão sistemática da literatura de Cesari et al. (2018), propõe cinco domínios para melhor definir a estrutura da capacidade intrínseca: função sensorial (visão e audição), cognição, estado psicológico, mobilidade e vitalidade. Constituindo estes fortes preditores do risco de mortalidade e cuidados de dependência em idades mais avançadas, agem influenciando-se mutuamente e sofrem a influência dos fatores ambientais (Cesari et al., 2018; Belloni; Cesari, 2019). Os autores ressaltam ainda a importância da avaliação destes domínios, de forma longitudinal a partir da meia-idade, de maneira a serem detetados precocemente perdas ou desvios da normalidade antes mesmo do início das manifestações clínicas, potenciando assim o envelhecimento saudável.

Uma das características mais importantes do Envelhecimento Saudável diz respeito à compreensão de que tanto a capacidade intrínseca quanto a capacidade funcional não são constantes. Embora, tendencialmente, ambas diminuam com o aumento da idade, as escolhas e intervenções durante o curso da vida têm uma grande importância na definição da trajetória de cada indivíduo. Desta forma o Envelhecimento Saudável é um processo individual, que pode ser mais ou menos positivo (OMS, 2015). Neste âmbito importa salientar a importância de algumas capacidades intrínsecas, como a saúde mental, durante o processo de envelhecimento.

1.3. Saúde mental e envelhecimento

A saúde mental representa parte integrante e essencial da saúde (Lecic-Tosevski, 2019), e tal como o conceito de saúde, o conceito de saúde mental é vasto, de forma que nem sempre é fácil a sua definição. De facto, definir saúde não é uma tarefa fácil, uma vez que pode ter em consideração os antecedentes, o meio sociocultural ou mesmo os percursos de cada indivíduo.

A definição de saúde como “ausência de doença”, que caracteriza o modelo biomédico de saúde, para além de não ser esclarecedora, é uma perspetiva bastante redutora, descurando as componentes emocionais e sociais da saúde e da doença, nomeadamente porque o que se pretende as pessoas, consigam alcançar uma vida efetiva e de bem-estar.

De acordo com a OMS (2010) o conceito de “saúde” contempla um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Este conceito salienta a multidimensionalidade (física, social e mental) assim como a visão da saúde pela

positiva. Assim, e de acordo com a OMS *“a saúde mental é intrínseca e fundamental para a vida de todas as pessoas. Influencia a forma como pensamos, sentimos e agimos. Está na base da nossa capacidade de tomar decisões, estabelecer relações e moldar o mundo em que vivemos. A saúde mental é também um direito humano fundamental. E é crucial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico”* (OMS, 2022, p.11).

Nos últimos anos, a saúde mental desempenhou um papel importante no logro dos objetivos globais de desenvolvimento, sendo a necessidade da sua promoção incluída na agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável (ONU, 2015).

Tal como na saúde, é possível identificar a existência de dois paradigmas principais para discussão dos conceitos de saúde mental: o paradigma biomédico e o paradigma psicossocial. O primeiro foca-se exclusivamente na doença e nas suas manifestações, assim como na terapêutica, classificando as doenças segundo forma e agente patogénico. No segundo, a saúde mental, tem sido cada vez mais entendida como o complexo produto de múltiplas e complexas interações de factores biológicos, psicológicos e sociais (Weber, 2012; Gaino et al., 2018). De acordo com a OMS (2014), os contextos sociais e económicos específicos aos quais os indivíduos são expostos ao longo do ciclo de vida (como, por exemplo, a pobreza, condições ambientais e relacionais), as experiências pessoais relativamente a eventos adversos bem como as suas condições específicas de vulnerabilidade e resiliência, influenciam fortemente a saúde mental.

O Conselho Nacional de Saúde de Portugal (2019), baseando no modelo proposto por Lund et al. (2018), identificou cinco domínios sociais capazes de determinar a saúde mental: domínio demográfico (inclui idade, género e etnia); domínio económico (rendimento, segurança alimentar, situação financeira e iniquidade económica); domínio habitacional (ambiente construído, água e saneamento básico, habitação e infraestrutura da comunidade); domínio ambiental (exposição a violência, desastres naturais, conflitos e migração); domínio social e cultural (capital social, estabilidade social, cultura, apoio social e educação). Estes fatores podem promover a saúde mental e a resiliência dos indivíduos ou, pelo contrário, aumentar o risco de perturbações mentais.

A literatura tem também evidenciado o efeito dos determinantes sócio demográficos, económicos, de saúde e ambientais/geográficos. Whiteford et al. (2013) concluíram que, globalmente, as mulheres sofrem maior risco de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade, ao passo que os homens apresentam um risco mais elevado no abuso de substâncias e de suicídio. Barros et al. (2018) concluíram que os rendimentos mais baixos foram particularmente associados à presença de transtornos mentais. Segundo Pickett e Wilkinson (2010), sociedades mais desiguais são mais propensas à existência de maiores prevalências de

doenças mentais. Os autores apontam ainda outros fatores como a insegurança e vulnerabilidade e a rápida mudança social.

A relação entre as doenças crônicas, os problemas de saúde física e as alterações da saúde mental também tem sido amplamente reconhecida (Ylli et al., 2016; Meher et al., 2021).

Por fim, as taxas de incidência das perturbações depressivas variam consoante a região geográfica e os seus diferentes fatores sociais e culturais (Guerra et al., 2016; Ylli et al., 2016; Conde e Sala et al., 2019). Cai Hong et al. (2023), concluíram que mais de um terço da população idosa (35.1%) mundialmente, sofre de depressão.

Segundo a publicação Health at a Glance Europe, da OECD/European Union (2018), aproximadamente 84 milhões de indivíduos, em toda a União Europeia, sofrem com questões de saúde mental. Além do sofrimento individual, os desafios de saúde mental acarretam consequências financeiras e sociais.

1.3.1 Depressão e os seus principais determinantes

A depressão continua a constituir um importante desafio da saúde pública, sendo a principal causa de incapacidade física e mental no mundo (CNS, 2019).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2017) a depressão é uma doença que está presente na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde e é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa, autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração.

De acordo Wilkinson et al. (2005, p.21) *“a depressão é uma perturbação do humor de gravidade e duração variáveis, frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica”*. Já de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da American Psychiatric Association (2014) considera-se como transtorno depressivo maior, o humor deprimido na maior parte do dia e/ou perda do interesse ou prazer, associado a outras repercussões importantes na vida do indivíduo, durante mais de duas semanas (APA, 2014). A depressão pode também manifestar-se por sintomas físicos, nomeadamente pela fadiga, distúrbios do sono, alterações de apetite, cefaleia, lombalgia, dor de estômago, dores articulares e musculares (Greden, 2003; Trivedi, 2004).

No mundo, cerca de 280 milhões de pessoas são afetadas pela depressão. Trata-se de uma doença mental recorrente, que afeta mundialmente cerca de 5% da população (OMS, 2023). Segundo o Conselho Europeu (2023), neste continente, mais de 21 milhões de pessoas sofrem de perturbações depressivas. Na Europa, existe uma maior prevalência da depressão em grupos etários mais velhos, onde os fatores de risco como o luto e a fragilidade na saúde, podem ser mais comuns (OMS, 2016).

Em Portugal, 10% da população é afetada pela sintomatologia depressiva, sendo o quarto país da Europa com taxas mais elevadas, observando-se uma tendência crescente da prevalência anual e ao longo da vida (22,9%), (DGS, 2017; CNS, 2019).

A depressão constitui um dos principais fatores associados a uma menor qualidade de vida em idosos (Conde-Sala et al., 2017; Portellano- Ortiz et al., 2018). Com efeito, a depressão na pessoa idosa encontra-se associada à perda de autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes, gerando maior procura dos serviços de saúde e maior propensão ao suicídio (Irigaray & Schneider, 2007).

De acordo com Cong et al. (2015) a prevalência de depressão nos idosos pode diferir substancialmente, dependendo da definição utilizada na sua operacionalização, do instrumento utilizado e, principalmente, da população estudada. Entretanto, estudos que utilizaram a escala EURO-D para avaliar sintomas depressivos em pessoas com mais de 65 anos em países europeus relataram taxas de prevalência, entre 15,8% - 41,4% (Fávero & Damian, 2021; Conde-Sala et al., 2017; Cattelani et al., 2018).

Os determinantes da incidência de depressão incluem aspetos sociais, comportamentais, culturais, ambientais, económicos, políticos, familiares e de saúde. De acordo com Ramos et al. (2019), de entre os aspetos biológicos que podem associar-se à depressão, a genética é um fator significativo. Além disso, destacam-se os fatores psicológicos que causam perda da autonomia e os fatores sociais que interferem na capacidade funcional, do autocuidado e nas relações sociais. Ainda de acordo com o mesmo autor, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade aos sintomas depressivos. Entretanto, Rosa et al. (2019), destacam que a depressão não é uma resposta fisiológica ao envelhecimento, mas antes, como anteriormente abordado, tem uma causalidade multifatorial. Para além da faixa etária, aspetos de personalidade, restrições socioeconómicas, baixa escolaridade, distúrbios do sono, problemas da habitação, baixo suporte social, eventos de vida *stressantes*, quadros psiquiátricos prévios, declínio cognitivo, restrições funcionais e morbididades, doenças crónicas ou agudas podem estar associadas relacionadas com a sintomatologia depressiva (Ramos et al., 2019; Volz et al., 2023). Ainda no que diz respeito às determinantes sócio demográficas, residir só tem sido relacionado com maior probabilidade de experienciar sintomatologia depressiva. Por outro lado, a existência de redes sociais tem sido associada a menor prevalência de depressão nos adultos mais velhos europeus (Silva et al., 2022).

Uma análise dos dados sobre a prevalência de depressão no ano de 2014, assinala um gradiente social, conforme o nível de escolaridade e rendimentos, verificando-se que a depressão estava mais concentrada nas pessoas mais pobres e com menor educação (INE, 2016).

O país de residência também pode constituir um importante fator no estudo da sintomatologia depressiva em adultos europeus mais velhos. Com efeito, no contexto europeu, diversos estudos apontam uma maior prevalência de sintomas depressivos no Sul da Europa, enquanto os menores índices se encontram em países do norte europeu (Guerra et al., 2016; Ylli et al., 2016, Conde e Sala et al., 2019).

Por fim, Bojorquez-Chapela et al. (2012) concluíram ainda que os idosos com incapacidade funcional são mais propensos a desenvolver depressão, comparativamente com os idosos funcionalmente independentes. Assim, importa aprofundar a relevância da capacidade funcional, dimensão fundamental do Envelhecimento Saudável (OMS, 2015) durante o processo de envelhecimento e no desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

1.3.2 Capacidade funcional e envelhecimento

O conceito de capacidade funcional não tem uma definição nem mediação consensual (Zhang & Wang, 2023). Tal como mencionado anteriormente, segundo a OMS (2015) a capacidade funcional diz respeito à associação da capacidade intrínseca de um indivíduo, com as características ambientais, bem como as relações entre o indivíduo e essas características ambientais (OMS, 2015). Assim, a capacidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que vive e a forma como interage no seu ambiente (OMS, 2020). Por outras palavras, a capacidade funcional inclui a capacidade da pessoa satisfazer as suas necessidades básicas, de aprender, crescer e tomar decisões, a sua mobilidade, bem como a sua capacidade de construir e contribuir (OMS, 2020).

A capacidade de realização de atividades básicas da vida diárias constitui um dos indicadores mais utilizados para avaliar a capacidade funcional dos idosos (OMS, 2020). As atividades básicas da vida diária (AVD) são um termo cunhado por Sidney Katz em 1950, para descrever as capacidades fundamentais necessárias para um indivíduo cuidar de si, de forma independente. Estas incluem tomar banho, vestir, utilizar a sanita, a transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama, alimentação e também a capacidade de realizar autonomamente as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade. Já as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) incluem dimensões como a utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, realização de tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, utilização da medicação e responsabilidades sobre assuntos financeiros (Katz, 1963; Lawton, 1969).

Na literatura têm sido identificados vários fatores individuais, sociais e ambientais, como capazes de impactar na capacidade funcional dos idosos (Zhang & Wang, 2023).

O avançar da idade tem sido relacionado um dos principais fatores relacionados com o declínio da capacidade funcional. Com efeito, à medida que as pessoas envelhecem, os músculos esqueléticos tendem a degenerar, a massa muscular e a força muscular diminuem gradualmente e o desempenho funcional diminui (Fontes et al., 2010; Falk et al., 2014; Auais et al., 2019). Segundo a literatura, em adultos de 65 e mais anos, não institucionalizados, a incapacidade em atividades como tarefas domésticas, viagens e compras tende a aumentar, progressivamente com a idade (Bleijenberg et al., 2017), situação que parece agravar-se a partir dos 80 anos de idade (Elam et al., 2021). Os homens apresentaram maior risco de incapacidade na gestão da medicação e das refeições, enquanto as mulheres apresentaram maior risco de incapacidade na realização de viagens (Bleijenberg et al., 2017). Simultaneamente, outros estudos recentes têm relacionado a maior incapacidade funcional com o sexo feminino, a baixa escolaridade, o maior comprometimento cognitivo e a existência de um maior número de doenças crónicas (Hajek & König, 2022).

Sousa et al. (2006) ressalta a importância da independência funcional para a saúde mental da população idosa, pois, esta significa a capacidade de autocuidado e de realização de tarefas domésticas sem depender de terceiros. Neste sentido, os adultos mais velhos com problemas na capacidade funcional, não só têm comprometidos os cuidados pessoais e tarefas básicas, mas também são suscetíveis de comorbidades psiquiátricas, uma vez que, segundo a teoria do processo de *stress*, o comprometimento funcional pode prejudicar a capacidade das pessoas desempenharem o seu papel social, levando à ansiedade e depressão (Pearlin et al., 1981; Russel et al., 2009). Os idosos com dependência funcional grave apresentam um maior risco de depressão em comparação com os que não apresentam limitações funcionais (Hajek & König, 2022; Wróblewska et al., 2023) mesmo quando considerando os fatores sociodemográficos e de saúde (Idaiani & Indrawati, 2021). A associação entre a realização da AVD com os sintomas depressivos tem-se relacionado com a diminuição da autoestima, da autoeficácia, a perda do sentimento de controlo (Boström et al., 2014).

A literatura permite concluir que a saúde mental constitui uma capacidade intrínseca essencial para o Envelhecimento Saudável (OMS, 2015). Contudo, existe uma prevalência elevada de depressão em grupos etários mais velhos, devido a fatores de risco como o luto e a fragilidade na saúde (OMS, 2016). A prevalência de sintomas depressivos nos adultos mais velhos difere entre o Sul e Norte da Europa (Guerra et al., 2016; Conde e Sala et al., 2019) e tem sido relacionada com a diminuição da capacidade funcional (Dapp et al., 2020).

Tendo em conta este contexto, o **objetivo geral** deste estudo é analisar comparativamente a prevalência de depressão em idosos que residem em Portugal e na Dinamarca e a relação entre a sintomatologia depressiva e capacidade funcional.

Esta investigação apresenta como **objetivos específicos**:

- Caracterizar a sintomatologia depressiva em idosos a residir em Portugal e na Dinamarca;
- Comparar os resultados de depressão entre os idosos a residir em Portugal e na Dinamarca
- Analisar a relação entre as características sociodemográficas e a sintomatologia depressiva em idosos a residir em Portugal e na Dinamarca;
- Analisar a relação entre a capacidade funcional e a sintomatologia depressiva em idosos a residir nos dois contextos.

2.MÉTODO

No presente capítulo pretende-se apresentar as opções metodológicas adotadas para a realização desta investigação. As mesmas resultaram de um processo de tomada de decisão posterior à revisão da literatura e à definição de objetivos.

2.1. Plano de Investigação e Participantes

Esta investigação utiliza dados do projeto SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), um projeto europeu que disponibiliza informação sobre o percurso de vida de mais de 140000 indivíduos, de 27 países, com 50 ou mais anos, nos domínios da saúde, estatuto socioeconómico e redes sociais e familiares. Trata-se de um projeto com um carácter longitudinal e multidisciplinar, onde são analisadas as alterações que ocorrem nas vidas dos indivíduos à medida que estes vão a envelhecer sob o enfoque de diferentes áreas científicas, como: a sociologia, a economia, a epidemiologia, a psicologia e a gerontologia.

Do ponto de vista da natureza da investigação, o presente estudo insere-se no paradigma quantitativo (Sampieri et al., 2010). Este trabalho pode ainda classificar-se como descritivo e correlacional. Tendo por base a perspetiva de Sampieri et al. (2010), os estudos descritivos objetivam medir ou recolher dados, independente ou conjuntamente, acerca de conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades, características e perfis, sem o intuito de expor a relação que se estabelece entre esses mesmos. Por sua vez, de acordo com a mesma fonte, uma investigação caracterizada como correlacional foca-se no conhecimento do grau de associação, ou relação, que se estabelece entre duas ou mais variáveis, possibilitando a compreensão do comportamento de uma determinada variável, pelo conhecimento de outras que lhe estão associadas.

No que se refere à dimensão temporal, o trabalho de investigação em questão é transversal, uma vez que a recolha de informação ocorreu num único momento (Sampieri et al., 2010).

Relativamente à **amostra**, este estudo incide sobre 2607 indivíduos de 65 e mais anos, entrevistados em Portugal (N=843) e na Dinamarca (N=1764) no âmbito da vaga 6 do projeto europeu Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), cuja recolha de dados ocorreu em 2015/2016.

2.1.1. Considerações éticas do projeto SHARE

Desde a sua implementação em 2004, o projeto SHARE recebeu a aprovação de diversas Comissões de Ética. As vagas 1 a 4 foram aprovadas pela Comissão de Ética da Universidade de Mannheim e a vaga 4 e seguintes foram aprovadas pela Comissão de Ética da Max Planck Society. Os países participantes submeteram também os procedimentos de recolha e tratamento da informação do projeto, à avaliação por parte das respetivas Comissões de Ética. Todas se pronunciaram favoravelmente. Em Portugal, o SHARE foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) e pela SubComissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS).

Os pareceres positivos de todas as Comissões de Ética asseguram o respeito do projeto por todas as normas legais, bem como pelas orientações éticas para a investigação, das quais se destaca o conjunto de princípios éticos relativos à experimentação humana desenvolvidos para a comunidade médica pela Associação Médica Mundial (Declaração de Helsínquia, revista pela última vez no 64º Encontro da WMA realizado em Fortaleza/Brasil em outubro de 2013).

2.2 Procedimentos de recolha de dados e Instrumentos

Os dados foram recolhidos no ano de 2015/2016, presencialmente, por meio de questionários em CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*), por entrevistadores devidamente formados. OS questionários tiveram uma duração média de cinquenta e cinco minutos, quando aplicados a um único indivíduo. Mais informações adicionais sobre a metodologia do estudo SHARE podem ser consultadas nos manuais de metodologia do projeto (Malter & Börsch-Supan, 2013, 2017).

Instrumentos

Sintomatologia depressiva:

Escala de depressão EURO-D (Prince et al., 1999) é constituída pelos seguintes itens: depressão, pessimismo, suicídio, culpa, sono, interesse, irritabilidade, apetite, fadiga, concentração (na leitura ou entretenimento), prazer e choro e considera as perguntas compreendidas entre a MH002 e a MH017 do questionário SHARE. Esta escala assume valores compreendidos entre 0 e 12 sintomas depressivos. Considera-se então que um indivíduo apresenta sintomatologia depressiva significativa quando tem quatro ou mais sintomas depressivos (Guerra, 2015). No que diz respeito à consistência interna da medida, neste estudo o Alfa de Cronbach em Portugal foi de 0,625 e na Dinamarca de 0,770.

Capacidade funcional:

Atividades instrumentais da vida diária (AIVD): A versão utilizada na vaga 6 do SHARE inclui nove atividades (Nicholas et al., 2003). No questionário é colocada a seguinte questão: *Por favor diga-me se tem alguma dificuldade com estas tarefas por causa de um problema físico, mental, emocional ou problema de memória (Excluir quaisquer dificuldades que espera durar menos de três meses): Usar um mapa para saber como se deslocar num sítio; preparar uma refeição quente; fazer compras; fazer chamadas telefónicas; tomar medicamentos; fazer trabalhos da casa ou jardim; gerir o dinheiro, como, por exemplo, pagar as contas e gerir as despesas; sair de casa de forma independente e aceder a transportes públicos e tratar da própria roupa.* A pontuação varia de 0 a 9.

Atividades de Vida Diárias (AVD): Refere-se às atividades diárias de autocuidado das pessoas. A versão alterada utilizada no SHARE inclui seis atividades (Nicholas et al., 2003). A questão colocada é a seguinte: *Por favor, digam-me se tiver alguma dificuldade com estas tarefas, por causa de um problema físico, mental, emocional ou de memória (Excluir quaisquer dificuldades que você espera durar menos do que três meses): Vestir-se, incluindo calçar meias e sapatos; andar pela casa; tomar banho ou duche; comer, por exemplo, cortar a sua comida; deitar-se ou levantar-se da cama; usar a casa de banho, incluindo levantar-se ou sentar-se.* A pontuação final varia de 0 a 6.

Covariáveis

Para além dos instrumentos anteriormente descritos foram também consideradas na análise algumas variáveis como o género: feminino, masculino; anos de escolaridade; autoperceção de *stress* financeiro: “grande dificuldade” ou “alguma dificuldade” em suportar as despesas mensais e “facilidade” ou “muita facilidade” em fazer face às despesas mensais; as condições de residência, distinguindo quem reside sozinho/a de quem vive com outras pessoas; a autoperceção de saúde (de má (1) a excelente (5)) número de doenças crónicas e as redes sociais: escala que combina as cinco principais características da rede social, ou seja, a dimensão, a proximidade geográfica, a frequência de contacto, a proximidade emocional e o tipo de relacionamento (a escala apresenta valores mais elevados para os indivíduos com uma rede de maior dimensão, com mais pessoas na rede que residem até 25 km de distância, com mais pessoas na rede que contactam semanalmente ou com mais frequência, com mais elementos na rede considerados próximos ou muito próximos emocionalmente e com redes mais diversificadas, ou seja, com maior variedade de tipos de relacionamento) e varia de 0 a 4 valores, (Litwin & Levinson, 2018; Litwin & Stoeckel, 2014).

2.3. Procedimento de análise de dados

A análise de dados foi realizada com recurso ao *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 27. Dada a natureza do estudo foram realizadas análises de estatística descritiva e inferencial. Num primeiro momento, foram realizadas análises descritivas ponderadas. Num segundo momento, para avaliar a interdependência entre duas variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Para a comparação de mais de dois grupos independentes, realizou-se o teste t de Student e para analisar a associação entre variáveis realizou-se a correlação de Pearson. Consideraram-se significativos os testes inferiores a 0,05.

3.RESULTADOS

Nesta secção apresentam-se os resultados estruturados da seguinte forma: (1) Caracterização sociodemográfica da amostra; (2) comparação da sintomatologia depressiva entre os idosos a residir em Portugal e na Dinamarca; (3) análise das características sociodemográficas e de e a sintomatologia depressiva em idosos a residir em Portugal e na Dinamarca; (4) análise das características de saúde e a sintomatologia depressiva em idosos a residir em Portugal e na Dinamarca e (5) análise da relação entre a capacidade funcional e a sintomatologia depressiva em idosos a residir nos dois contextos.

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Na tabela 1 apresentam-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1- Características sociodemográficas, económicas e de saúde Dos Idosos com 65+ anos em Portugal e na Dinamarca

	Portugal N=958	Dinamarca N=1775
Idade média (dp) (min-max)	74,28 (6,86) 65-93	73,76 (7,102) 65-100
Género		
Masculino	42,6	46,3
Feminino	57,4	53,7
Escolaridade (min-max)	5,51 (3,843) 0-19	12,72 (3,631) 1-25
Percepção financeira		
Com dificuldades	58,1	11,8
Sem dificuldades	41,9	88,2
Residência		
Vive só	17,9	39,6
Vive com outras pessoas	82,1	60,4
Redes Sociais (dp) (min-max)	1,87 (727) 0-4	2,05 (,824) 0-4
Doenças crónicas (dp) (min-max)	2,79 (1,90) 0-10	1,93 (1,52) 0-9
Auto-percepção da saúde (1-5)	2 (0,818)	3,29 (1,14)
Funcionade		
Limitações AVD (min-max)	0,73 (1,411) 0-6	0,22 (,789) 0-6
Limitações AIVD (min-max)	1,32 (2,212) 0-9	0,53 (1,400) 0-9

N= 2.773

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados.

A amostra deste estudo é constituída por 843 adultos com 65+anos, residentes em Portugal (N=843) e na Dinamarca (1764) que responderam ao inquérito SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), na vaga 6. A idade média dos participantes portugueses é de 74,28 anos (dp=6,86) e dos dinamarqueses 73,76 anos (dp= 7,102). A idade mínima da amostra para ambos os países foi de 65 anos e a máxima foi de 93 anos em Portugal e 100 anos na Dinamarca. Quanto ao género, em Portugal 42,6% dos entrevistados eram do sexo masculino e 57,4% do sexo feminino. Na Dinamarca verificou-se a mesma tendência, com 46,3% homens e 53,7% mulheres. No que diz respeito à escolaridade, a média de anos de estudo dos idosos portugueses foi de 5,51 anos (dp=3,843). Já na Dinamarca a média de anos que os entrevistados frequentaram a escola foi de 12,72 anos (dp=3,631). Quando questionados sobre a sua condição financeira, 58,1% dos inquiridos em Portugal afirmaram fazerem face às despesas mensais com dificuldade. Por outro lado, na Dinamarca apenas 11,8% relataram o mesmo *stress* financeiro.

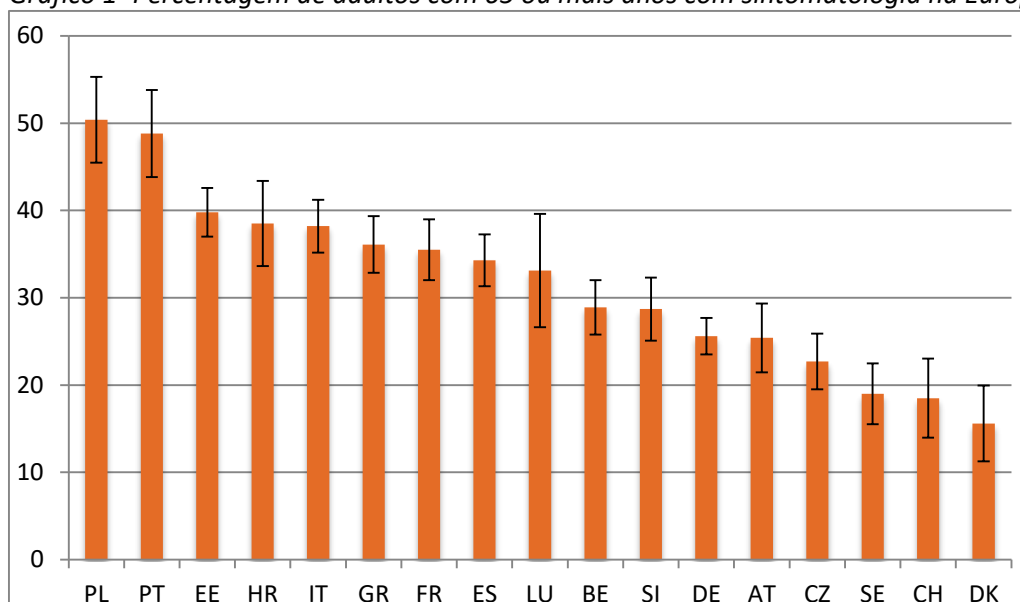
A residência a solo é mais frequente na Dinamarca (39,6% dos adultos de 65+ anos vivem sós) do que em Portugal, onde apenas 17,9% dos respondentes residem sozinhos. Relativamente às redes sociais, na Dinamarca parecem ser mais fortes (M=2,05; dp= 0,824) do que em Portugal (M=1,87; dp= 0,727). Na esfera da saúde, o número médio de doenças crónicas em Portugal foi de 2,79 (dp=1,90) enquanto na Dinamarca foi apenas de 1,93 (dp=1,52). Também na Dinamarca se verificou uma autoperceção mais positiva da saúde que em Portugal.

No que diz respeito à funcionalidade, o número médio de limitações nas Atividades da Vida Diária (AVD) em Portugal foi superior (M=0,73; dp=1,411) ao da Dinamarca (M= 0,22; dp=,789). O mesmo verificou-se no que diz respeito às limitações nas AIVD, uma vez que em Portugal os entrevistados declararam em média 1,32 (dp=2,212) limitações e Dinamarca 0,53 (dp=1,400).

3.2. A sintomatologia depressiva na Europa: o caso de Portugal e da Dinamarca

Através da análise do gráfico 1, podemos verificar que dos países que participaram na vaga 6 do projeto SHARE, Portugal apresenta a segunda maior percentagem de adultos com 65 mais anos com sintomatologia depressiva significativa (48,8%), em contrapartida, a Dinamarca ocupa a última posição, sendo o país com a menor percentagem do grupo (15,6%). No gráfico é ainda possível verificar uma maior incidência de sintomatologia nos países do sul e leste comparativamente ao norte europeu.

Gráfico 1- Percentagem de adultos com 65 ou mais anos com sintomatologia na Europa



PL - Polónia, PT- Portugal, EE - Estónia, HR - Croácia, IT - Itália, GR - Grécia, FR - França, ES - Espanha, LU - Luxemburgo, BE - Bélgica, SI - Eslovênia, DE - Alemanha, AT - Áustria, CZ - República Checa, SE - Suécia, CH - Suíça, DK - Dinamarca. N= Polónia=398, Portugal=385, Estónia: 1.186, Croácia: 384, Itália= 995, Grécia= 847, França: 720, Espanha:986, Luxemburgo: 202, Bélgica: 816, Eslovênia: 602, Alemanha:1690, Áustria: 471, República Checa: 662, Suécia: 486, Suíça:284, Dinamarca: 269

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados.

Através da tabela 2 é possível observar que os adultos mais velhos portugueses apresentam um número de sintomas depressivos muito superior ($M = 3,75$; $dp = 0,500$) aos dos seus homólogos dinamarqueses ($M = 1,74$; $dp = 0,360$) ($t(739,6) = 1248,877$, $p \geq 0,001$).

Tabela 2-Sintomatologia Depressiva em Adultos com 65+ Anos em Portugal e na Dinamarca

	Portugal	Dinamarca		
	M (dp)	M(dp)	t	p-valor
Euro-D	3,75 (0,500)	1,74 (0,360)	-15,718	$\geq 0,001$
(min-max)	0-12	0-10		

N Dinamarca = 1749; N Portugal= 829

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados

3.2.1- A sintomatologia depressiva e as características sociodemográficas dos adultos de 65 e mais anos residentes em Portugal e na Dinamarca

Na Tabela 3 podemos verificar que em Portugal, os adultos com sintomatologia depressiva são mais velhos do que aqueles que não apresentam sintomatologia depressiva ($t(739,6) = 3,488$, $p \geq 0,001$). Com efeito, a média de idade dos idosos com sintomatologia

depressiva é de 75,4 anos (dp=6,916) enquanto os seus pares sem sintomatologia depressiva apresentam em média 71,99 anos (dp=5,594).

Tabela 3- Características sociodemográficas e económicas dos idosos segundo a Sintomatologia Depressiva em Portugal

	Com SDS N=376	Sem SDS N=454	t/x
Idade média (dp) (min-max)	75,4(6,916) 65-92	71,99(5,594) 65-93	3,488***
Género			
Masculino	26,30%	60,20%	65,935***
Feminino	73,70%	39,80%	
Escolaridade	5,12(4,015)	6,03(3,494)	- 4,95***
Percepção financeira			
Com dificuldades	65%	52,50%	24,209***
Sem dificuldades	35%	47,50%	
Residência			
Vive só	22%	16,50%	6,821 **
Vive com outras pessoas	78%	83,50%	
Redes Sociais (dp) (min-max)	1,84(0,733)	1,89(0,734)	0,319

N= 830

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados.

Legenda: Com SDS - Com sintomatologia depressiva significativa; Sem SDS - Sem sintomatologia depressiva significativa.

p ≥ 0,001***; p ≥ 0,01**; p ≥ 0,05*

O grupo de idosos com sintomatologia depressiva é maioritariamente constituído por mulheres (73,70%). Já no grupo sem sintomatologia depressiva predominam os indivíduos do sexo masculino (60,20%). Estas diferenças são estatisticamente significativas (χ^2 (1) 65,935; $p \geq 0,001$). Quanto à escolaridade, os adultos com sintomatologia depressiva declaram em média 5,12 (dp=4,015) anos de escolaridade, enquanto os idosos sem sintomatologia depressiva apresentam em média 6,03 (dp=3,494) anos escolaridade (t (803,8) = - 495, $p \geq 0,001$). Quando questionados sobre o grau de dificuldade em fazer face às despesas até ao final do mês, no grupo de idosos com sintomatologia depressiva, 65% declarou fazer face às despesas com dificuldades, já no grupo dos idosos sem essa sintomatologia uma percentagem menor (52,50%) reportou estar na mesma situação (χ^2 (1) 24,209; $p \geq 0,001$).

No que diz respeito à residência, a grande maioria dos adultos mais velhos residem com outras pessoas. Contudo, são os idosos com sintomatologia depressiva que em maior percentagem residem a solo (χ^2 (1) 6,821; $p \geq 0,01$).

Finalmente, apesar das redes sociais dos adultos mais velhos sem sintomatologia depressiva (M=1,89; dp=0,734) serem ligeiramente mais fortes que a dos seus pares com

sintomatologia depressiva ($M=1,84$; $dp=0,733$) não se verificaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t(781) = 0,319$, $p = \geq 0,750$).

Tal como se pode observar na tabela 4, na Dinamarca, a média de idade dos idosos com sintomatologia depressiva é de 75,54 anos ($dp=7,90$) e a dos idosos sem sintomatologia depressiva significativa é de 73,3 anos ($dp=6,80$) ($t(329,03) = 4,324$, $p = \geq 0,001$).

Tabela 4- Características sociodemográficas e económicas dos idosos segundo a sintomatologia depressiva na Dinamarca

N=1742

	Com SDS N=261	Sem SDS N=1481	t/z
Idade média (dp) (min-max)	75,54 (7,90) 65-100	73,3 (6,80) 65-94	4,324***
Género			
Masculino	30,80%	48,80%	31,344***
Feminino	69,20%	51,20%	
Escolaridade	12,16(3,530)	12,83(3,648)	2,471*
Perceção financeira			
Com dificuldades	18,30%	10,50%	14,054***
Sem dificuldades	81,70%	89,50%	
Residência			
Vive só	44,90%	38,30%	3,933*
Vive com outras pessoas	55,10%	61,70%	
Redes Sociais (dp) (min-max)	2,09(,812)	2,05(,817)	0,575

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados.

Legenda: Com SDS - Com sintomatologia depressiva significativa; Sem SDS - Sem sintomatologia depressiva significativa

$p \geq 0,001$ ***; $p \geq 0,01$ **; $p \geq 0,05$ *

Tal como acontece em Portugal, também na Dinamarca, no que diz respeito ao género, o grupo que apresenta sintomatologia depressiva é composto maioritariamente por mulheres (69,20%) ($\chi^2(1) 31,344$; $p \geq 0,001$). A média dos anos de escolaridade dos idosos com sintomatologia depressiva é inferior ($M=12,16$; $dp=3,530$) à dos idosos sem sintomatologia depressiva ($M=12,83$; $dp=3,648$), verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(1685) = 2,471$, $p = \geq 0,01$).

Ao serem questionados sobre a sua perceção financeira, 18,30% dos idosos no grupo com sintomatologia depressiva declaram ter dificuldades financeiras, ao passo que para o grupo sem sintomatologia depressiva esta percentagem foi de 10,50% ($\chi^2 14,054$; $p \geq 0,001$). Quanto a residência, 44,90% dos idosos dinamarqueses com sintomatologia depressiva vivem sós, enquanto apenas 38,30% dos seus pares sem sintomatologia depressiva significativa encontram-se na mesma ($\chi^2 3,933$; $p=0,047$). Finalmente, no que toca às redes sociais, tal como

aconteceu em Portugal, não existem diferenças estatisticamente diferentes entre os grupos. ($t(1689) = 5,575, p = \geq 0,05$).

3.2.2 A sintomatologia depressiva e a saúde dos adultos de 65 e mais anos residentes em Portugal e na Dinamarca

Na esfera da saúde, tal como se pode observar na tabela 5, em Portugal os adultos mais velhos com sintomatologia depressiva significativa apresentam um maior número médio de doenças crónicas ($M=3,65$; $dp=2,132$) do que os seus homólogos ($M= 1,95$; $dp=1,334$) ($t(684,034) = 9,699, p = \geq 0,001$). O grupo de adultos mais velhos sem sintomatologia depressiva também apresenta uma melhor autoperceção de saúde ($M=2,42$; $dp=0,743$) do que os seus pares com sintomatologia depressiva ($M=1,76$; $dp=0,720$) ($t(825,59) = 11,439, p = \geq 0,001$).

Tabela 5 - Características de saúde dos idosos segundo a sintomatologia depressiva em Portugal

	Com SDS N=376	Sem SDS N=454	t/x
	M(dp)	M(dp)	
Doenças crónicas (dp) (min-max)	3,65(2,132) 0-10	1,95(1,334) 0-8	9,699***
Auto-Perceção da Saúde (1-5) (min-max)	1,76 (0,720) 0-5	2,42 (0,743) 0-5	11,439 ***

N=830

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados.

Legenda: Com SDS - Com sintomatologia depressiva significativa; Sem SDS - Sem sintomatologia depressiva significativa

$p \geq 0,001$ ***; $p \geq 0,01$ **; $p \geq 0,05$ *

Na tabela 6 podemos observar algumas das características da saúde dos adultos mais velhos dinamarqueses de acordo com a sintomatologia depressiva. Com efeito, os adultos mais velhos com sintomatologia depressiva apresentam em média 2,68 ($dp=1,768$) doenças crónicas. Já os seus homólogos sem sintomatologia depressiva significativa apresentam em média 1,78 ($dp=1,429$) doenças crónicas ($t(322,6) = 7,697, p = \geq 0,001$). Novamente, tal como acontece em Portugal, os idosos com sintomatologia depressiva avaliam pior o seu estado de saúde ($M= 2,38$, $dp=1,115$) em comparação com os adultos mais velhos sem esta sintomatologia ($M=3,48$; $dp=1,063$) ($t(1739) = 15,243, p = \geq 0,001$).

Tabela 6- Características de saúde dos idosos segundo a sintomatologia depressiva na Dinamarca

	Com SDS N=261	Sem SDS N=1481	t
	M(dp)	M(dp)	
Doenças crónicas (dp) (min-max)	2,68(1,768) 0-9	1,78(1,429) 0-8	7,697***
Auto-Percepção da Saúde (1-5) (min-max)	2,38 (1,115) 0-5	3,48(1,063) 0-5	15,243***

N=1742

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados.

Legenda: Com SDS - Com sintomatologia depressiva significativa; Sem SDS - Sem sintomatologia depressiva significativa

$p \geq 0,001$ ***; $p \geq 0,01$ **; $p \geq 0,05$ *

3.3 A capacidade funcional e a sintomatologia depressiva em adultos com 65 ou mais anos residentes em Portugal e na Dinamarca

Em Portugal, tal como se pode observar na Tabela 7, no que diz respeito ao número de limitações nas AIVD, em média os idosos com sintomatologia depressiva declararam 1,36 (dp=1,973) limitações e os seus homólogos sem sintomatologia apenas 0,21 (dp=0,796) ($t(494,4) = 9,001$, $p = \geq 0,001$). No mesmo sentido, os idosos com sintomatologia depressiva apresentam em média 0,84 (dp=1,425) limitações nas AVD, enquanto para os idosos sem sintomatologia depressiva esta média foi de 0,13 (dp=1,425). Assim e através da realização do teste t ($t(446,7) = 9,101$, $p = \geq 0,001$), podemos concluir que o grupo dos idosos com sintomatologia apresenta um maior número de limitações na realização das AIVD e nas AVD comparativamente aos seus pares sem esta sintomatologia.

Tabela 7- Capacidade Funcional e Sintomatologia Depressiva em Portugal

	Com SDS N= 376	Sem SDS N= 454	t
	M(dp)	M(dp)	
Limitações AIVD Min-Max	1,36 (1,973) 0-9	0,21 (0,796) 0-8	9,001***
Limitações AVD Min-Max	0,84 (1,425) 0-6	0,13 (1,425) 0 - 5	9,101***

N=830; Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados

Legenda: Com SDS - Com sintomatologia depressiva significativa; Sem SDS - Sem sintomatologia depressiva significativa

$p \geq 0,001$ ***; $p \geq 0,01$ **; $p \geq 0,05$ *

A Tabela 8 permite verificar que na Dinamarca, em média, os idosos com sintomatologia depressiva apresentam 1,2 (dp=1,965) limitações nas AIVD. Por outro lado, os adultos mais velhos sem sintomatologia depressiva reportaram em média 0,33 (dp=1,084) limitações nas mesmas atividades ($t(285,22) = 6,974, p = \geq 0,001$). Já o número médio de limitações para as AVD foi de 0,60 (dp=1,288) para os idosos com sintomatologia depressiva, enquanto no caso dos idosos sem sintomatologia depressiva esta média foi de 0,12 (dp=0,561). Através da realização do teste t podemos verificar que as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($t(275,708) = 5,967, p = \geq 0,001$).

Tabela 8- Capacidade Funcional e Sintomatologia Depressiva na Dinamarca

	Com SDS N=261	Sem SDS N=1481	
	M(dp)	M(dp)	t
Limitações AIVD	1,2 (1,965)	0,33 (1,084)	6,974***
Min-Max	0-9	0-9	
Limitações AVD	0,60 (1,288)	0,12 (0,561)	5,967***
Min-Max	0-6	0-6	

N=1742

Legenda: Com SDS - Com sintomatologia depressiva significativa; Sem SDS - Sem sintomatologia depressiva significativa

$p \geq 0,001$ ***; $p \geq 0,01$ **; $p \geq 0,05$ *

As Tabelas 9 e 10 permitem observar a associação existente entre o número de sintomas depressivos e o número de limitações nas AIVD e AVD em Portugal e na Dinamarca, respetivamente. Assim, e reforçando as análises anteriores, é possível verificar que em Portugal ($r=0,361; p \geq 0,001$) e na Dinamarca ($r=0,292; p \geq 0,001$) existe uma associação positiva entre o aumento do número de limitações nas AIVD e a número de sintomas depressivos. No mesmo sentido, o aumento do número de limitações nas AVD está associado a um aumento do número de sintomas depressivos, tanto em Portugal ($r=0,385; p \geq 0,001$) como na Dinamarca ($r=0,271; p \geq 0,001$). Estas associações são mais fortes em Portugal do que na Dinamarca.

Tabela 9- Associação entre a sintomatologia depressiva e a capacidade funcional em Portugal

	Sintomatologia Depressiva (EURO-D)	Número de limitações AIVD N=829	Número de limitações AVD N=829
Sintomatologia Depressiva (Euro-D)	1	,361 ^{***}	,385 ^{***}
Número de limitações nas AIVD	,361 ^{***}	1	,740 ^{***}
Número de limitações nas AVD	,385 ^{***}	,740 ^{***}	1

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados
 $p \geq 0,001^{***}$; $p \geq 0,01^{**}$; $p \geq 0,05^{*}$

Tabela 10- Associação entre a sintomatologia depressiva e a capacidade funcional na Dinamarca

	Sintomatologia Depressiva (EURO- D)	Número de limitações AIVD N=1742	Número de limitações AVD N=1742
Sintomatologia Depressiva (EURO-D)	1	,292 ^{***}	,271 ^{***}
Número de limitações AIVD	,292 ^{***}	1	,675 ^{***}
Número de limitações AVD	,271 ^{***}	,675 ^{***}	1

Fonte: SHARE vaga 6, versão 6.1.1 dados ponderados
 $p \geq 0,001^{***}$; $p \geq 0,01^{**}$; $p \geq 0,05^{*}$

4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como principal objetivo analisar comparativamente a prevalência de depressão em idosos que residem em Portugal e na Dinamarca e a relação entre a sintomatologia depressiva e capacidade funcional. Como objetivos específicos visou caracterizar a sintomatologia depressiva em idosos a residir em Portugal e na Dinamarca; comparar os resultados de depressão entre os idosos a residir em Portugal e na Dinamarca; analisar a relação entre as características sociodemográficas e a sintomatologia depressiva em idosos a residir em Portugal e na Dinamarca; e analisar a relação entre a capacidade funcional e a sintomatologia depressiva em idosos a residir nos dois contextos.

Em Portugal verificou-se a existência de uma maior percentagem de sintomatologia depressiva do que na Dinamarca. Este resultado é congruente com os resultados de outros estudos que concluíram que as maiores taxas de sintomatologia depressiva se encontram nos países da Europa do Sul e as menores nos países da Europa do Norte (Conde-sala et al., 2019). Tal fenómeno pode estar relacionado com o fato dos países do sul da Europa terem modelos de bem-estar social menos “generosos” do que os do Norte (Conde-sala et al., 2019). Com efeito, a título exemplificativo, a Dinamarca apresenta um sistema de saúde e de segurança social, robustos e o suporte social, pode ser considerado um fator protetor contra a depressão (Tibubos et al., 2019). Além disso, segundo Conde-sala et al. (2019), os níveis mais elevados de depressão nos países do Sul da Europa podem estar relacionados com o facto dos adultos mais velhos dependerem mais da família para obter suporte, e com a entrada crescente das mulheres no mercado de trabalho, estas tendem a apresentar cada vez menos disponibilidade.

A caracterização sociodemográfica da amostra dos participantes em Portugal e na Dinamarca permite concluir que Portugal apresenta mais participantes com dificuldade em fazer face às despesas mensais. Tal, que pode estar relacionado com o forte impacto das crises económicas em Portugal que leva a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas mais velhas (Gouveia et al., 2017). Simultaneamente, pode explicar a maior incidência de depressão em Portugal, já que períodos de recessão económica contribuem para uma maior incidência de depressão, devido ao aumento do desemprego e dificuldades financeiras (OMS, 2011; Frasquilho et al., 2015; Coelho et al., 2021).

A análise das características sociodemográficas da amostra, evidenciou também que os idosos dinamarqueses apresentam, em média, mais do dobro de anos de estudo que os seus homólogos portugueses. Sabe-se, por meio de estudos de meta-análise, que a escolaridade é um fator protetor da sintomatologia depressiva em adultos mais velhos (Chang-Quan et al., 2010). Por isso esta também poderá ser uma hipótese que concorre para a explicação dos níveis mais elevados de sintomatologia em depressiva em Portugal.

A diferença significativa dos níveis de sintomatologia depressiva entre Portugal e Dinamarca salienta a importância dos ambientes no processo de Envelhecimento saudável (OMS, 2015; 2020). A OMS (2015), enfatiza a necessidade de criar ambientes que facilitem a participação ativa e a inclusão social, além da necessidade de promoção de políticas públicas que garantam acessibilidade, segurança e apoio social para os idosos. Os ambientes têm um forte impacto na capacidade funcional das pessoas ao longo da vida (OMS, 2020) sendo por isso essencial a adaptação dos ambientes físicos e sociais capazes de promover a saúde e o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem.

No que diz respeito às características sociodemográficas conforme o grau de sintomatologia, em Portugal, tal como na Dinamarca, a sintomatologia depressiva está relacionada com indivíduos mais velhos, do sexo feminino com menores níveis de escolaridade, maiores dificuldades financeiras e que residem a solo. Estes resultados são congruentes com a literatura científica que sugere a existência de uma maior probabilidade de aumento dos sintomas depressivos com o avançar da idade (Gale et al., 2010; Luppá et al., 2012).

Em ambos os países, as taxas de sintomas depressivos são mais elevadas entre as mulheres, comparativamente com os homens (Gonçalves et al., 2018). Estudos anteriores apontaram para a existência de múltiplos fatores que podem afetar a manifestação da depressão em mulheres mais velhas. Com efeito, o facto de as mulheres apresentarem uma esperança média de vida maior do que a dos homens pode contribuir para experienciarem mais frequentemente a perda de cônjuge. Por sua vez, a viuvez relaciona-se com maiores níveis de depressão (Frank & Rodrigues, 2016).

Para além disso, as mulheres tendem a acumular várias desvantagens ao longo da vida e por isso em idades mais avançadas enfrentam mais problemas socioeconómicos e de saúde, que podem contribuir para maiores níveis de depressão. Por fim, as mulheres tendem a assumir maioritariamente o papel de cuidadores, em idades mais avançadas ao deixarem de desempenhar este papel podem também tornar-se mais vulneráveis à depressão (Medeiros, 2019; Ramos, 2020).

A baixa escolaridade foi mais prevalente entre as pessoas com sintomas depressivos em Portugal e na Dinamarca. Esta descoberta está alinhada com estudos anteriores que indicam que pessoas com baixo nível de escolaridade tendem a enfrentar dificuldades para obter recursos financeiros, encontrar empregos, ter acesso a serviços de saúde e compreender questões de saúde (Almeida et al., 2015; Moreira, 2022). A falta escolaridade é frequentemente relacionada com baixos níveis socioeconómicos e menos apoio social. Estes aspetos podem potenciar o aparecimento ou agravamento da sintomatologia em pessoas idosas (OMS, 2017) Por outro lado, os indivíduos com maior grau de escolaridade tendem a apresentar um maior

sentimento de autoeficácia, autoconfiança e menos sinais de depressão (Serra Taylor & Irizarry-Robles, 2015).

Esta investigação concluiu também que quer em Portugal, quer na Dinamarca se verificam maiores níveis de sintomatologia depressiva em idosos com dificuldades financeiras (Ramos et al., 2019). A literatura sugere que a presença de dificuldades financeiras pode levar os idosos a desenvolver depressão (Guan et al., 2022). A falta de dinheiro pode restringir a participação social, potenciar sentimentos negativos por se sentirem um peso para familiares ou por não conseguirem manter o seu estilo de vida. Para além disso, pode criar barreiras no acesso a cuidados de saúde e a medicamentos, potenciando um declínio na saúde mental e física (Almeida et al., 2015; Huang et al., 2020).

Neste estudo os idosos que vivem sozinhos na Dinamarca e em Portugal, apresentam maior sintomatologia depressiva do que aqueles que residem com outras pessoas. Segundo a literatura, viver sozinho pode levar a um risco de maior isolamento social e a mais sintomas de solidão, que representam fatores de risco para a depressão em pessoas idosas (Cacioppo et al., 2006). A residência a solo pode estar relacionada com a falta de apoio emocional, aumentando os sentimentos de solidão e desamparo, bem como resultar numa baixa autoestima, contribuindo para a depressão (Domènech-Abella et al., 2017; Grover et al., 2018).

Relativamente à saúde, em ambos os países o maior número de doenças crónicas e pior autopercepção de saúde foram relacionados com maiores índices de sintomatologia depressiva. Estes resultados corroboram as descobertas da literatura, que mostram uma relação significativa, complexa e bidirecional entre a multimorbidade e a depressão (Moussavi et al., 2007; Katon et al., 2011, Zhao, 2020). Diferentes mecanismos genéticos, biológicos e comportamentais têm sido considerados para explicar a complexidade da ligação entre depressão e doenças crónicas (Boing et al., 2012). A preocupação com a saúde e as consequências emocionais de lidar com uma doença crónica, aliadas ao estigma social de determinadas doenças podem causar um impacto emocional negativo nas pessoas e, dessa forma, conduzir ao isolamento social e depressão (Read, 2017). Além disso, os gastos financeiros decorrentes de despesas médicas e da perda de autonomia, associadas às doenças crónicas, podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da depressão (Beck et al., 2016; Zhou et al., 2023). Também segundo o presente estudo, os idosos com uma pior autopercepção de saúde apresentaram maior sintomatologia depressiva. Este resultado corrobora outros estudos anteriores (Cong et al., 2015; Hellwig et al., 2016).

Mesmo em diferentes contextos, a presença de limitações na realização das AVD e nas AIVD esteve relacionada com maior número de sintomatologia depressiva. Este resultado corrobora outros achados de estudos que demonstram que com o aumento da idade, aumentam as limitações nas AVD e nas AIVD, podendo tal resultar num aumento da depressão (Ahn et al., 2015; Ahmad et al., 2020; Mehta et al., 2007; Bozo et al., 2009; Li et al., 2021). Esta relação estreita entre a função física e a depressão, sugere que os idosos com menor capacidade funcional são mais suscetíveis a relatar sintomas de depressão (Guerreiro et al., 2016; Barry et al., 2020).

A relação entre depressão e as limitações funcionais é complexa e não pode ser explicada através de um estudo transversal. Contudo, um estudo longitudinal realizado na China demonstrou claramente que o desenvolvimento de limitações físicas aumenta significativamente a risco de depressão em pessoas mais velhas (Feng et al., 2021). Na literatura existem várias hipóteses explicativas para esta relação. Uma das hipóteses postula que a incapacidade funcional pode levar a que os idosos não consigam desempenhar o papel que ambicionam socialmente, relacionando-se tal situação com presença de depressão (Pearline et al., 1981; Russel et al., 2009). A este respeito importa salientar que na Europa as associações mais fortes entre as limitações funcionais e a sintomatologia depressiva em indivíduos mais velhos têm sido encontradas nos países do Sul da Europa (Conde sala et al., 2019) onde se inclui Portugal.

CONCLUSÃO

Esta investigação visou analisar comparativamente a prevalência de depressão em idosos que residem em Portugal e na Dinamarca e a relação entre a sintomatologia depressiva e capacidade funcional.

Num primeiro momento, através da caracterização da amostra, foi possível concluir que os participantes portugueses apresentavam maiores dificuldades financeiras, menores médias de anos de escolaridade e pior saúde que os adultos mais velhos residentes na Dinamarca.

Através deste estudo foi possível concluir que em Portugal se verifica uma maior percentagem de adultos com 65 e mais, a apresentar sintomatologia depressiva do que na Dinamarca.

A análise dos resultados permitiu também concluir que existe uma congruência entre os resultados encontrados em Portugal e Dinamarca no que diz respeito à relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva. De forma mais concreta, tanto em Portugal como na Dinamarca, a sintomatologia depressiva está relacionada com indivíduos mais velhos, do sexo feminino, com menores níveis de escolaridade, maiores dificuldades financeiras e que residem a solo. Relativamente às redes sociais, tanto na Dinamarca como em Portugal, não se verificou uma associação entre as redes sociais e a sintomatologia depressiva.

Também em ambos os contextos, o grupo de adultos mais velhos com sintomatologia depressiva significativa apresentou um maior número de doenças crónicas e pior autoperceção da saúde.

Uma das principais conclusões desta investigação destaca a associação existente entre a capacidade funcional e a sintomatologia depressiva. Com efeito, quer em Portugal, quer na Dinamarca a existência de limitações nas AIVD e nas AVD está associada a um maior número de sintomatologia depressiva. Em Portugal esta associação é mais forte do que na Dinamarca.

Esta investigação apresenta algumas **limitações**. Uma delas diz respeito à escala utilizada para medir a sintomatologia depressiva, EURO-D, que apesar de muito utilizada em estudos sobre população mais velha na Europa não se encontra validada para Portugal.

Outra das limitações diz respeito à diversidade de instrumentos utilizados para medir a depressão. Tal dificultou a comparação de resultados. O mesmo tem acontecido no que diz respeito à mensuração da capacidade funcional. Para além disso, a data da recolha dos dados (2015/2016), constitui também uma limitação uma vez que são dados anteriores à Pandemia Covid-19. Por fim, o carácter transversal deste estudo não permite auferir causalidade. Assim, recomenda-se que investigações futuras desenvolvam estudos longitudinais sobre a funcionalidade e a sintomatologia depressiva.

Estas conclusões permitem também identificar **algumas implicações para a prática gerontológica**.

Em primeiro lugar, estes resultados, que identificam elevadas taxas de sintomatologia depressiva em Portugal, destacam a necessidade da prática gerontológica conferir especial atenção ao bem-estar psicológico das pessoas com 65 ou mais anos em Portugal. Simultaneamente, os resultados ao indicarem que a sintomatologia depressiva está relacionada com idades mais avançadas, com o sexo feminino, com baixos níveis de rendimento e escolaridade, assim como com a residência a solo, tanto em Portugal como na Dinamarca informa a prática gerontológica da importância de direccionar recursos e serviços específicos para pessoas com estas características.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito às redes sociais, entre o grupo de adultos mais velhos com sintomatologia depressiva significativa e sem sintomatologia depressiva significativa, é crucial promover o fortalecimento das redes de apoio social para os idosos, sobretudo em Portugal, onde a taxa de sintomatologia depressiva é muito elevada.

Por fim, os resultados informam ainda a prática gerontológica sobre a existência de uma associação negativa entre a capacidade funcional e a sintomatologia depressiva. Com efeito, a tendência para a diminuição da capacidade funcional à medida que se envelhece pode ser minimizada através da intervenção nos ambientes (Molenaar et al., 2020). Esta ideia é congruente com a visão da OMS (2015), segundo a qual, os ambientes podem ter uma grande influência na capacidade funcional, ao determinarem se adultos mais velhos com um determinado nível de capacidade intrínseca podem fazer o que é importante para si (OMS 2015). Assim é importante que os gerontólogos potenciem ambientes que ajudem a preservar as capacidades funcionais.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. M. A., Marques, O. P. A., Silva, C. E., Costa, R. T., Ramos, S. P. S. R., & Leal, C. C. M. (2014). Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 853-866. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n4/1809-9823-rbagg-17-04-00853.pdf
- Ahmad, N. A., Abd Razak, M. A., Kassim, M. S., Sahril, N., Ahmad, F. H., Harith, A. A., ... & Mohd, Sidik, S. (2020). Association between functional limitations and depression among community-dwelling older adults in Malaysia. *Geriatrics & Gerontology International*, 20, 21-25.
- Ahn, D. H., Lee, Y. J., Jeong, J. H., Kim, Y. R., & Park, J. B. (2015). The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 74.
- Almeida, M. A. S. O., Lemes, A. G., Nascimento, F. V., Fonseca, M. N. P. I., Rocha, E. M. D., Volpato, R. J., ... & Cardoso, T. P. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 627. Disponível em http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1895/pdf_648
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5a ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Andrade, T. B., & Andrade, F. B. (2018). Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 52, 75. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000463>
- Auais, M., Ahmed, T., Alvarado, B., Phillips, S. P., Rosendaal, N., Curcio, C. L., ... & Zunzunegui, M. V. (2019). Gender differences in four-year incidence of self-reported and performance-based functional disability: The International Mobility in Aging Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 266-272.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1 – 34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M. (1995). Dependency in Old Age: Gains and Losses. *Current Directions in Psychological Science*, 4(1), 14–19. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770949>
- Barros, F. C., et al. (2018). Social inequalities in mental disorders and substance misuse in young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 717-726. DOI:

- Barry, L. C., Coman, E., Wakefield, D., Trestman, R. L., Conwell, Y., & Steffens, D. C. (2020). Functional disability, depression, and suicidal ideation in older prisoners. *Journal of Affective Disorders*, 266, 366-373.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4). <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Belloni, G., Cesari, M. (2019). Frailty and Intrinsic Capacity: Two Distinct but Related Constructs. *Frontiers in Medicine*.
- Bleijenberg, N., Zuithoff, N. P. A., Smith, A. K., de Wit, N. J., & Schuurmans, M. J. (2017). Disability in the individual ADL, IADL, and mobility among older adults: A prospective cohort study. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21 (8), 897–903.
- Bojorquez-Chapela, I., Manrique-Espinoza, B. S., Mejía-Arango, S., Solís, M. M. T.-R., & Salinas-Rodríguez, A. (2012). Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: Evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging & Mental Health*, 16, 462-471.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., Zuber, S., & SHARE Central Coordination Team (2013). Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International journal of epidemiology*, 42(4), 992–1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Börsch-Supan, A. (2017). Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *Encyclopedia of geropsychology*, 2343-2350.
- Boström, G., Conradsson, M., Rosendahl, E., Nordström, P., Gustafson, Y., & Littbrand, H. (2014). Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 249–257. <https://doi.org/10.2147/CIA.S57535>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Cai, H., Jin, Y., Liu, R., Zhang, Q., Su, Z., Ungvari, G. ..., & Xiang, Y.-T. (2023). Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian Journal of Psychiatry*, 80(80), 103417. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>

- Carvalho, F. C. R., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2010). Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 23(2), 317–323. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722010000200014>
- Castro, E., Martins, J., & Silva, C. (2015). *A Demografia e o País: Previsões cristalinas sem bola de cristal*. Gradiva.
- Cattelani, L., Murri, M. B., Chesani, F., Chiari, L., Bandinelli, S., & Palumbo, P. (2019). Risk prediction model for late life depression: Development and validation on three large European datasets. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 23(5), 2196-2204. doi: 10.1109/JBHI.2018.2884079
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil). (2015). *Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro.
- Cesari, M., Araujo de Carvalho, I., Amuthavalli Thiyagarajan, J., Cooper, C., Martin, F. C., Reginster, J. Y., Vellas, B., & Beard, J. R. (2018). Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 73(12), 1653–1660. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly011>
- Chang-Quan, H., Zheng-Rong, W., Yong-Hong, L., Yi-Zhou, X., & Qing-Xiu, L. (2010). Education and risk for late life depression: A meta-analysis of published literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(1), 109-124.
- Coelho, I. L., Sousa-Uva, M., Pina, N., Marques, S., Matias-Dias, C., & Rodrigues, A. P. (2021). Crise Económica em Portugal: Evolução da Incidência de Depressão e Correlação com o Desemprego. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), 278-282.
- Conde-Sala, J. L., Portellano-Ortiz, C., Calvó-Perxas, L., & Garre-Olmo, J. (2017). Qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos na Europa: factores associados e modelos de bem-estar social - análise eletrónica de dados do projeto SHARE (Wave 5). *Quality of Life Research*, 26, 1059-1070.
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., Turró-Garriga, O., & Vilalta-Franch, J. (2019). Course of depressive symptoms and associated factors in people aged 65+ in Europe: A two-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 245, 440-450.
- Cong, L., Dou, P., Chen, D., & Cai, L. (2015). Depression and Associated Factors in the Elderly Cadres in Fuzhou, China: A Community-based Study. *International Journal of Gerontology*, 9(1), 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2015.02.001>
- Conselho Europeu. (2023). Saúde mental. Disponível em <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/mental-health/>

- Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década. Disponível em <http://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mentalem-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>
- Dapp, U., Minder, C., Golgert, S., Klugmann, B., Neumann, L., & von Renteln-Kruse, W. (2020). The inter-relationship between depressed mood, functional decline and disability over a 10-year observational period within the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(5), jech-2020-214168. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214168>
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional Para a Saúde Mental 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-deinformacao/diretorio-de-informacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAARYSltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Depressão e outras Perturbações Mentais Comum: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., et al. (2017). Loneliness and depression in the elderly: The role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
- Elam, C., Aagaard, P., Slinde, F., Svantesson, U., Hulthén, L., Magnusson, P. S., & Bunketorp-Käll, L. (2021). The effects of ageing on functional capacity and stretch-shortening cycle muscle power. *Journal of Physical Therapy Science*, 33(3), 250-260.
- European Parliament. (2022). *Demographic outlook for the European Union 2022*, European Union, 2022. European Parliament. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/729461/EPRS_STU\(2022\)729461_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/729461/EPRS_STU(2022)729461_EN.pdf)
- Falk, H., Johansson, L., Östling, S., Thøgersen Agerholm, K., Staun, M., Høst Dørfinger, L., & Skoog, I. (2014). Functional disability and ability 75-year-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age and Ageing*, 43(5), 636–641. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu018>
- Fávero, V., & Damian, P. B. (2021). Levantamento bibliométrico da prevalência da ansiedade e depressão por meio do Covid-19. *Revista Artigos.com*, 31, e8811. Disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/8811>

- Feitosa, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34(2), 488–499. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000992013>
- Feng, Z., Li, Q., Zhou, L., Chen, Z., & Yin, W. (2021). The relationship between depressive symptoms and activity of daily living disability among the elderly: results from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Public Health*, 198, 75-81.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade : aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171–178. <http://hdl.handle.net/10362/99028>
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2016). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (4ª ed., pp. 391-403). Rio de Janeiro, RJ: Koogan.
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., et al. (2015). Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115-119.
- Gaino, L. V., Souza, J. de, Cirineu, C. T., & Tulimosky, T. D. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: Um estudo transversal e qualitativo. SMAD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(2), 108-116. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
- Gale, C. R., Allerhand, M., Sayer, A. A., Cooper, C., & Deary, I. J. (2010). The dynamic relationship between cognitive function and positive well-being in older people: A prospective study using the English Longitudinal Study of Aging. *Psychology and Aging*.
- Gonçalves, A. M. C., Teixeira, M. T. B., Gama, J. R. A., Lopes, C. S., Silva, G. A., Gamarra, C. J., et al. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 101-109.
- Gouveia, O. M. R., Schouten, M. J., & Matos, A. D. (2017). Later life and public policies in time of crisis: Portugal, 2008–13. *Portuguese Journal of Social Science*, 16(2), 233–248. https://doi.org/10.1386/pjss.16.2.233_1
- Greden, J. F. (2001). The burden of recurrent depression: Causes, consequences, and future prospects. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 22), 5–9.

- Grover, S., Avasthi, A., Sahoo, S., Lakdawala, B., Dan, A., Nebhinani, N., ... & Suthar, N. (2018). Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly: A multicentric study under the aegis of Indian Association for Geriatric Mental Health. *Journal of Geriatric Mental Health*, 5(2), 99. https://doi.org/10.4103/jgmh.jgmh_26_18
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PloS One*, 17(2), e0264041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041>
- Guerra, M., Ferri, C., Llibre, J., Prina, A. M., & Prince, M. (2015). Psychometric properties of EURO-D, a geriatric depression scale: A cross-cultural validation study. *BMC Psychiatry*, 15, Article 12. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0390-4>
- Guerreiro, E. C. M. (2016). *Depressão e capacidade funcional em idosos do Baixo Alentejo* (Doctoral dissertation).
- Hajek, A., & König, H. (2022). What factors are associated with functional impairment among the oldest old? *Frontiers in Medicine*, December, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1092775>
- Hellwig, N., Munhoz, T. N., & Tomasi, E. (2016). Sintomas depressivos em idosos: Estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3575-3584.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2010). *Metodologia de pesquisa (3a ed.)*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Huang, R., Ghose, B., & Tang, S. (2020). Effect of financial stress on self-reported health and quality of life among older adults in five developing countries: A cross-sectional analysis of WHO-SAGE survey. *BMC Geriatrics*, 20, 288. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01687-5>
- Idaiani, S., & Indrawati, L. (2021). Functional status in relation to depression among elderly individuals in Indonesia: a cross-sectional analysis of the Indonesian National Health Survey 2018 among elderly individuals. *BMC Public Health*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12260-z>
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: INE. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_dados_finais&xpid=CENSOS21&xlang=pt

- Irigaray, Q. T., & Schneider, H. R. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 19-27. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100008
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 7–23.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Lawton, M. P., & Nahemov, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association
- Lawton, M. P. (1977). The impact of the environment on aging and behavior. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Eds.), *New Dimensions in Environmental Design Research* (pp. 619-624). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Lawton, J. H., & May, R. M. (1995). *Extinction Rates*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366/>
- Lecic-Tosevski, D. (2019). Is urban living good for mental health? *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 204–209. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000489>
- Litwin H., Stoeckel K. J. (2014). Engagement and social capital as elements of active aging: An analysis of older Europeans. *Sociologia e Politiche Sociali*, 17, 9–29
- Litwin, H., & Levinson, M. (2018). The association of mobility limitation and social networks in relation to late-life activity. *Ageing and Society*, 38, 1771–1790
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., et al. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9

- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in late-life--systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221.
- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Moore, R. C., Roepke, S. K., Depp, C. A., & Roesch, S. (2011). Activity restriction and depression in medical patients and their caregivers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 900-908.
- Medeiros, L. F. (2019). Cadernos Saúde Coletiva. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(4), 448-454. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040316>.
- Meher, T., Muhammad, T., & Gharge, S. (2021). The association between single and multiple chronic conditions and depression among older population in India: a comparative study between men and women. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1-12. <https://doi.org/10.1002/gps.5639>
- Mehta, K. M., Yaffe, K., Brenes, G. A., Newman, A. B., Shorr, R. I., Simonsick, E. M., ... & Covinsky, K. E. (2007). Anxiety symptoms and decline in physical function over 5 years in the health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 265-270.
- Millán-Calenti, J., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3),
- Molenaar, E. A. L. M., Barten, J. A., Velde, S., & Schoot, L. Van Der. (2020). Functional Independence in the Community Dwelling Older People : a Scoping Review. *Journal of Population Ageing*, 243-262.
- Moreira, L., Cabral, M., Paniz, A., Ferreira, K., & Carrijo, A. (2022). Fatores associados à depressão em idosos: uma revisão integrativa. *Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar*. Disponível em: <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/1655>.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em Gerontologia* (4th ed.). Alinia.
- Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* [Gerontology: Old age and aging in a global vision]. São Paulo, Brasil: Atheneu. 306-310. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.017>
- Nicholas, S., Huppert, F., McWilliams, B., & Melzer, D. (2003). *Health, Wealth and Lifestyles of the Older Population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing*.
- OECD. (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle*. Brussels: OECD Publishing. Retrieved from https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS. OMS.

- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Summary Report. Genebra: OMS. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Guia global: cidade amiga do idoso*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Recomendações globais sobre atividade física para a saúde*. Genebra: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
- Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a Europa. (2011). *Impacto da crise econômica na saúde mental*. Copenhagen: WHO.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Saúde mental: um estado de bem-estar*. Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/pt/
- Organização Mundial da Saúde & Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Determinantes sociais da saúde mental*. Genebra: OMS. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Estados Unidos, 30, 12. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Estratégia global e plano de ação sobre envelhecimento e saúde (2016-2020)*. Genebra: WHO. <http://who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). Depressive disorder (depression). Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organização das Nações Unidas. (2015). *Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf.
- Organização das Nações Unidas. (2020). *Assembleia Geral da ONU declara 2021-2030 como Década do Envelhecimento Saudável*. [Comunicado de imprensa]. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/105264-assembleia-geral-da-onu-declara-2021-2030-como-d%C3%A9cada-do-envelhecimento-saud%C3%A1vel>

- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Depressão e outros transtornos mentais comuns: Estimativas globais de saúde*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
- Organização Mundial da Saúde (2020, janeiro). *Considerações de saúde mental e psicossociais durante o surto de COVID-19*. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.07.005>
- Organização Pan-Americana de Saúde (2017). *Campanha "Vamos Conversar"*. Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839
- Paço, C. A. B. (2016). *Solidão e Isolamento na Velhice. Um estudo realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa*. Tese de Mestrado em Gerontologia Social, ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Paül, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In *Manual de Gerontologia* (pp. 1–20). LIDEL.
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2136676>
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2010). Inequality: An underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(6), 426–428. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072066>
- Pordata. (2024). *Indicadores de Envelhecimento segundo os Censos*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Dados obtidos em <https://www.pordata.pt>
- Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2018). Depressão e variáveis associadas à qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos em Espanha e na Europa: Dados do SHARE 2013. *European Journal of Psychiatry*, 32, 122-131.
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., ... & Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale—a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 330-338.
- Ramos, F., Silva, S., Freitas, D., Gangussu, L., Bicalho, A., Sousa, B. ..., & Guimarães, T. (2019). Fatores associados à depressão em idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 19, e239. <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>
- Ramos, F., & Xavier, A. (2020). Depressão em mulheres idosas: Uma análise das manifestações clínicas e fatores de risco. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34(2), 207-222. https://doi.org/10.17711/9789898867810_10

- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>
- Ribeiro, D. K., Lenardt, M. H., Lourenço, T. M., Betiolli, S. E., Seima, M. D., & Guimarães, C. A. (2018). O emprego da medida de independência funcional em idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.66496>
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Ativo. In O. Ribeiro & C. Paul (Eds.), *Manual de Envelhecimento Ativo* (pp. 1–11). Lidel.
- Rosa, A., & Lisboa, T. (2019). *Depressão na Terceira Idade* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Disponível em: <https://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/1122>
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Russell, D., & Taylor, J. (2009). Living alone and depressive symptoms: The influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 64B(1), 95–104. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn002>
- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer—Um desafio à Gerontologia e à Geriatria* (1a Edição.). Lisboa-Porto: LIDEL.
- Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). Saúde mental e depressão. Acesso em 23 de outubro de 2023, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/depressao/#qual-a-incidencia-da-depressao-na-uniao-europeia-e-em-portugal>
- Silva, P., Matos, A. D., & Martinez-Pecino, R. (2022). The Protective Role of the Internet in Depression for Europeans Aged 50+ Living Alone. *Social Media + Society*, 8(1). <https://doi.org/10.1177/20563051221077675>
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. 1. Porto: Ambar
- Tibubos, A. N., Brähler, E., Ernst, M., Baumgarten, C., Wiltink, J., Burghardt, J., et al. (2019). Course of depressive symptoms in men and women: Differential effects of social, psychological, behavioral and somatic predictors. *Scientific Reports*, 9(18929). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-55342-0>

- Trivedi, M. H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6(Suppl 1), 12–16.
- Vicente, M. J. M. (2007). Envelhecimento demográfico e alargamento do tempo de trabalho – O debate inacabado. Implicações socioeconómicas e busca de novos paradigmas. *Forum Sociológico*, 17, 69-79.
- Volz, P. M., Dilélio, A. S., Facchini, L. A., Quadros, L. de C. M. de, Tomasi, E., Kessler, M., Wachs, L. S., Machado, K. P., Soares, M. U., & Thumé, E. (2023). Incidência de depressão, fatores associados em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(10), e00248622. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT24862>
- Weber, C.A.T. (2012). *Residenciais Terapêuticos, o dilema da inclusão social de doentes mentais*. Porto Alegre: EdIPUCRS
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Climepsi.
- Wróblewska, Z., Chmielewski, J. P., Florek-Iuszczyk, M., Nowak-Starz, G., Wojciechowska, M., & Wróblewska, I. M. (2023). Assessment of functional capacity of the elderly. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 30(1), 156–163. <https://doi.org/10.26444/aaem/161775>
- Ylli A., Mazurka M., Phillips S. P., Guralnik J., Deshpande N., Zunzunegui M. V. (2016). Clinically relevant depression in old age: An international study with populations from Canada, Latin America and Eastern Europe. *Psychiatry Research*, 241, 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.096>
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., et al. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20, 55. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>
- Zhang, W., & Wang, A. (2023). Functional ability of older adults based on the World Health Organization framework of healthy ageing : a scoping review. *Journal of Public Health*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02121-x>
- Zhao, Y. W., Haregu, T. N., He, L., Lu, S., Katar, A., Wang, H., Yao, Z., Zhang, L. (2021). The effect of multimorbidity on functional limitations and depression amongst middle-aged and older population in China: a nationwide longitudinal study. *Age and Ageing*, 50(1), 190–197. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa117>
- Zhou, P., Wang, S., & Li, Y. (2023). Association between chronic diseases and depression in the middle-aged and older adult Chinese population—a seven-year follow-up study based on CHARLS. *Frontiers in Public Health*, 11, 1176669.

