

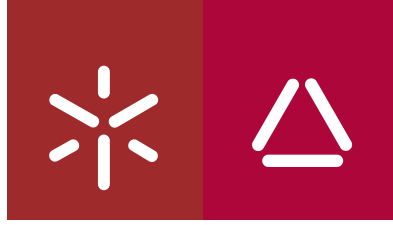


**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Catarina Maria Fernandes Pereira

**Sintomatologia depressiva em Europeus  
de 50 e mais anos**





**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Catarina Maria Fernandes Pereira

## **Sintomatologia depressiva em Europeus de 50 e mais anos**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Sociologia  
Área de especialização em Políticas Sociais

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Alice Delerue Matos**

julho de 2021

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição**  
**CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **Agradecimentos**

No fim desta longa caminhada cabe-me agradecer a todos os estiveram ao meu lado e contribuíram para que o caminho que fiz fosse mais bonito e mais fácil.

Aos meus pais e à minha irmã agradeço a paciência, o amor, a preocupação e coragem que me deram sempre, em todos os momentos. Aos meus pais, em especial, agradeço a dedicação ao longo de todos os anos do meu percurso académico e pelos esforços que foram fazendo para que eu pudesse terminar hoje esta etapa. Sem eles teria sido impossível.

À minha família, e especialmente aos meus avós, que durante os últimos anos fizeram questão de demonstrar o orgulho e a felicidade de me verem chegar onde eu, e eles, sempre desejamos.

Aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado e que, mesmo sem muitas vezes perceberem, me deram força para continuar e nunca desistir, por muito difícil que, em certos momentos, possa ter sido.

Aos meus colegas de curso, em especial à Raquel, à Caterina e à Filipa, que, tantas vezes, me deram a força que precisava no momento, e que em outras tantas me ajudaram ao longo dos últimos dois anos.

À Professora Doutora Alice Delerue Matos pelo exemplo de trabalho, profissionalismo e amor por aquilo que faz. À minha orientadora agradeço toda a ajuda, apoio, orientação e disponibilidade que tanto me ajudou durante os últimos meses. Sem todo este suporte, nada do que fiz seria possível. Obrigada.

À Gina, como carinhosamente lhe chamo, que nunca me deixou desamparada e me mostrou que a Estatística é muito mais fácil e bonita do que falam. Agradeço-lhe a dedicação e paixão que deixa em cada regressão, em cada análise. Agradeço cada minuto de explicação, de apoio, de conversa. Obrigada.

A todos aqueles que se foram cruzando comigo ao longo dos últimos anos, principalmente ao longo dos cinco anos em que frequentei a Universidade do Minho, e que me ensinaram a trabalhar em equipa, com foco, e principalmente, a nunca desistir.

Muito obrigada a todos!

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## **Resumo**

### **Sintomatologia depressiva em Europeus de 50 e mais anos**

O envelhecimento é um processo que cada indivíduo experiencia de forma diferente. Ao longo deste processo, são muitos aqueles que vivem estados depressivos. Estes estão associados a diversas características, como o género, idade, escolaridade, saúde física, estado civil e redes sociais, mais concretamente, o número de pessoas que constituem estas, a satisfação do indivíduo com as mesmas e a proximidade emocional e geográfica do indivíduo com as suas redes. De acordo com a literatura e com os resultados obtidos no estudo realizado, estas características estão associadas à ocorrência da sintomatologia depressiva que difere de regime de bem-estar para regime de bem-estar e de país para país. Que diferenças se verificam na Europa no que concerne à prevalência de sintomatologia depressiva? E quais as determinantes sociais da sintomatologia depressiva na Europa? Para responder a estas questões foram realizadas análises estatísticas descritivas e análises de regressão logística, a partir de dados recolhidos no âmbito do projeto SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe), vaga 6. Concluiu-se que a sintomatologia depressiva varia em função do país e do género, sendo as mulheres aquelas que apresentam valores mais elevados. A prevalência da sintomatologia varia também em função do regime de bem-estar. As características sociodemográficas e de saúde daqueles que apresentam sintomatologia depressiva, como o número de indivíduos que compõem as suas redes sociais, o género ou a saúde física, diferem em função dos regimes de bem-estar e, em função dos países, no que diz respeito ao regime de bem-estar do Sul da Europa, que mereceu uma análise aprofundada no âmbito desta dissertação. Estes resultados são importantes para que se possam identificar grupos de risco e delinear políticas e projetos de intervenção que os elejam como população-alvo.

*Palavras-chave:* 50+ anos, depressão, determinantes sociais, envelhecimento.

## **Abstract**

### **Depressive symptomatology in Europeans aged 50 or older**

Ageing is a process that each experiences differently. Throughout this process, many people experience depressive states. These are associated with several characteristics, such as gender, age, education, physical health, marital status and social networks, more specifically, the number of people who constitute these networks, the individual's satisfaction with them and the emotional and geographical proximity of the individual to his/her networks. According to the literature and the results obtained in the study carried out, these characteristics are associated with the occurrence of depressive symptomatology, which differs from one well-being regime to another and from one country to another. What differences are found in Europe regarding the prevalence of depressive symptomatology? And what are the social determinants of depressive symptomatology in Europe? To answer these questions, descriptive statistical analysis and logistic regression analysis were performed on data collected within the SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) project, wave 6. It was concluded that depressive symptomatology varies according to country and gender, with women showing higher values. Symptomatology prevalence also varies according to the well-being regime. The socio-demographic and health characteristics of those with depressive symptoms, such as the number of individuals in their social networks, gender or physical health, differ according to the welfare regimes and according to the countries in the Southern European welfare regime, which was analysed in depth in this dissertation. These results are important to identify at-risk groups and design policies and intervention projects that choose them as a target population.

*Keywords:* 50+ years, aging, depression, social determinants.



## Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Introdução.....	1
Capítulo 1: O processo de envelhecimento e a depressão no idoso.....	4
Capítulo 2: Objetivos da pesquisa, modelo de análise e caracterização do projeto SHARE.....	12
2.1 Objetivos da pesquisa.....	13
2.2 Modelo de análise.....	13
2.3 O projeto SHARE.....	14
2.3.1 Caracterização geral do projeto.....	14
2.3.2 Amostra.....	15
2.3.3 Considerações éticas.....	15
Capítulo 3: Metodologia.....	17
3.1 Procedimentos metodológicos.....	18
3.2 Medidas.....	20
Capítulo 4: Sintomatologia depressiva numa perspetiva de género.....	23
4.1 Sintomatologia depressiva por país.....	24
4.2 Sintomatologia depressiva por regime de bem-estar.....	25
4.3 Sintomatologia depressiva no conjunto dos países europeus.....	26
4.4 Síntese do capítulo.....	30
Capítulo 5: Sintomatologia depressiva nos regimes europeus de bem-estar e países do Sul da Europa.....	32
5.1 Sintomatologia depressiva nos quatro regimes de bem-estar da Europa.....	33
5.1.1 Norte da Europa.....	33
5.1.2 Sul da Europa.....	33
5.1.3 Centro da Europa.....	34
5.1.4 Leste da Europa.....	35
5.2 Sintomatologia depressiva nos países do regime de bem-estar do Sul da Europa.....	35
5.2.1 Portugal.....	36
5.2.2 Espanha.....	36
5.2.3 Itália.....	37
5.2.4 Grécia.....	37

5.3 Síntese do capítulo .....	38
Capítulo 6: Discussão de resultados.....	40
6.1 Sintomatologia depressiva por país.....	41
6.2 Sintomatologia depressiva por regime de bem-estar.....	42
6.3 Sintomatologia depressiva por género.....	43
6.4 Sintomatologia depressiva em cada um dos regimes de bem-estar da Europa.....	45
6.5 Sintomatologia depressiva nos países do regime de bem-estar do Sul da Europa.....	45
Conclusão .....	47
Referências bibliográficas .....	50

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Percentagem de indivíduos com sintomatologia depressiva por país.....	25
<b>Gráfico 2:</b> Percentagem de indivíduos com sintomatologia depressiva por regime de bem-estar. ....	26

## Índice de tabelas

<b>Tabela I:</b> Precisão dos modelos de regressão logística por regime de bem-estar. ....	19
<b>Tabela II:</b> Precisão dos modelos de regressão logística para os países do regime de bem-estar do Sul da Europa. ....	19
<b>Tabela III:</b> Indivíduos do género feminino, com e sem sintomatologia depressiva, de acordo com as suas características sociodemográficas e de saúde. ....	28
<b>Tabela IV:</b> Indivíduos do género masculino, com e sem sintomatologia depressiva, de acordo com as suas características sociodemográficas e de saúde. ....	30
<b>Tabela V:</b> Regressão logística para sintomatologia depressiva, segundo os regimes de bem-estar. ...	35
<b>Tabela VI:</b> Regressão logística para sintomatologia depressiva, segundo os países do Sul da Europa. ....	38

# **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um processo que cada indivíduo experiencia de forma diferente, consoante aquilo que viveu ao longo da sua vida (Silva, Turra & Chariglione, 2018, p. 121). Este processo traduz-se, eventualmente, em alterações do indivíduo a nível físico, psíquico e social (Teixeira *et al.*, 2016, p. 55).

Muitas vezes, os indivíduos têm dificuldade em adaptar-se ao meio, o que leva a que sintam emoções negativas, o que pode, em alguns casos, desencadear sintomas depressivos (Teixeira *et al.*, 2016, p. 56). A depressão é um problema grave de saúde pública, visto que afeta o próprio indivíduo, aqueles que o rodeiam e a economia do país (Feitosa, 2014, p. 489), não devendo, por isso, ser desvalorizada.

Nos idosos, a depressão distingue-se da mesma doença noutras faixas etárias, uma vez que nestes verifica-se “uma diminuição da resposta emocional, ausência de afeto positivo e predomínio de sintomas, como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia” (Smith, Haedtke & Shibley, 2015; Taylor, 2014; Unützer & Park, 2012 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 206). Para além disto, esta doença provoca efeitos negativos na vida do idoso, como o isolamento deste, perturbações na sua memória, entre outros (Salgueiro, 2007 *apud* Frade *et al.*, 2015, p. 42).

A depressão tem associada a si determinados fatores de risco (OMS, 2001 *apud* Lampert e Ferreira, 2018, pp. 205-206). A literatura aponta, nomeadamente, para os seguintes fatores: género, idade, estado civil e redes sociais do indivíduo. Assim, neste estudo, pretendeu-se apurar as “determinantes” sociais e de saúde da sintomatologia depressiva em europeus com 50 ou mais anos. O estudo tem ainda um outro objetivo, o de apurar a prevalência desses sintomas na referida população. Para isso, foram realizadas análises estatísticas descritivas e análises de regressão, a partir dos dados obtidos das respostas às questões do questionário da vaga 6 do projeto SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe).

Através das análises referidas é possível apontar a prevalência da sintomatologia por regimes de bem-estar e por país e perceber de que forma o género, a idade, a escolaridade, o estado civil, a saúde física e as redes sociais influenciam a ocorrência de sintomatologia depressiva. Detalhando o trabalho realizado, foram realizadas análises por género para o conjunto de países Europeus, por regime de bem-estar e por país, no caso dos países do Sul da Europa. Depois disso, pôde avançar-se algumas hipóteses

dos resultados obtidos explicativas e realizar algumas comparações com estudos realizados anteriormente.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. Depois da introdução, onde se descrevem os principais objetivos da pesquisa e a estrutura da dissertação, o primeiro capítulo apresenta o Estado da Arte. Nele define-se o conceito de envelhecimento e de depressão e estabelece-se a relação entre os dois conceitos. Para além disso, são também descritas, de acordo com a literatura, algumas das determinantes sociais que influenciam a ocorrência de sintomatologia depressiva em idade avançadas. Em seguida, no segundo capítulo, são detalhados os objetivos do estudo, a amostra utilizada, os procedimentos realizados para atingir estes objetivos e as variáveis que foram utilizadas nas análises.

Depois de realizadas as análises descritivas e de regressão através de informação recolhida no âmbito do projeto SHARE, são apresentados os resultados obtidos. Neste terceiro capítulo da dissertação apresentam-se resultados relativos à prevalência da sintomatologia depressiva, por país e por regime de bem-estar; de seguida, são descritas as características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos que apresentam sintomatologia depressiva; posteriormente, são apresentados os valores da sintomatologia depressiva nos quatro regimes de bem-estar (regimes Norte, Sul, Centro e Leste) e, por último, nos países do Sul da Europa (Portugal, Espanha, Itália e Grécia). Depois de descritos os resultados obtidos, estes são discutidos num capítulo, à luz de teses explicativas do fenómeno e dos resultados de outros estudos.

Por último, na conclusão, sintetizam-se os principais resultados da pesquisa, enunciam-se as limitações do estudo e apresentam-se recomendações para as políticas sociais.

# **CAPÍTULO 1**

O processo de envelhecimento e a depressão no idoso

Neste primeiro capítulo, com base na revisão da literatura, definem-se os conceitos de envelhecimento e de depressão e apresenta-se este problema de saúde mental enquanto problema de saúde pública. De seguida, procura-se articular os dois conceitos, abordando-se a depressão e a sintomatologia depressiva no idoso. Por último, apresentam-se os fatores de risco e de proteção da depressão, destacando-se as principais determinantes sociais deste problema de saúde mental.

### **1.1 O processo de envelhecimento**

O envelhecimento individual é um processo único, relacionado com aquilo que cada indivíduo viveu ao longo da sua vida (Silva, Turra & Chariglione, 2018, p. 121), podendo levar a que este seja beneficiados ou, pelo contrário, prejudicados na sua condição de vida numa idade avançada (Teixeira, Nunes, Ribeiro, Arbinaga & Vasconcelos-Raposo, 2016, p. 55). De acordo com Mafra (2011), o processo através do qual os indivíduos vão envelhecendo é “natural, progressivo e irreversível, com alterações fisiológicas e bioquímicas associadas à idade” (*apud* Silva *et al.*, 2018, p. 121), sendo que estas alterações podem, eventualmente, desencadear a ocorrência de mudanças no funcionamento do organismo do indivíduo na velhice. Assim, este pode ver a sua capacidade de se adaptar ao meio ambiente que o rodeia reduzida, fazendo com que se torne mais frágil no que diz respeito à propensão para adoecer (Silva *et al.*, 2018, p. 121).

No processo de envelhecimento podem ocorrer mudanças a vários níveis, ou seja, a nível físico, psíquico e também social (Teixeira *et al.*, 2016, p. 55). Esta etapa de vida é caracterizada por aspetos como a eventual diminuição do autocontrolo, possíveis dificuldades físicas e perda das funções e papéis sociais antes exercidos (Mirowsky & Ross, 1992 *apud* Clarke, Marshall, House & Lantz, 2011, p. 1289). Com o envelhecimento da população, aumenta também o número de doenças que esta mesma população sofre, em especial no que concerne a doenças do foro psicológico, como é o caso da depressão (Mann, 2001 *apud* Gullich, Duro & Cesar, 2016, p. 692). Aquando da perceção da sua incapacidade para se adaptarem ao meio que os rodeia, os indivíduos podem sentir-se insatisfeitos consigo próprios e, muitas vezes, isso faz com que estes atinjam estados depressivos (Teixeira *et al.*, 2016, p. 56).

### **1.2 A depressão enquanto problema de saúde pública**

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a depressão é “uma perturbação caracterizada pela tristeza, perda de interesse e prazer, sentimentos de culpa e baixa autoestima, perturbações do sono



e/ou de apetite, cansaço excessivo e baixa concentração” (*apud* Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015, p. 149). Os indivíduos que sofrem desta doença veem o seu desempenho social, interpessoal e ocupacional alterado (Sadock & Sadock, 2007 *apud* Feitosa, 2014, p. 489). Assim sendo, a depressão constitui um grave problema de saúde pública (Dillon, Machnicki, Serrano, Rojas, Vazquez & Allegri, 2011; Luppá, Sikorski, Luck, Ehreke, Konnopska, Wiese & Riedel-Heller, 2012; Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009 *apud* Matos, Mourão & Coelho, 2016, p. 39), pois afeta a saúde e bem-estar dos indivíduos, e a economia do país (Feitosa, 2014, p. 489).

A depressão é encarada de diferentes formas, de acordo com a área científica que estuda e interpreta. Para a Sociologia, “mais importante do que entender se a depressão ocorre ou não no corpo é compreender quais são os discursos que a localiza nele e com que objetivos” (Oliveira, 2015, p. 113). Para a Psiquiatria, a depressão é um “transtorno afetivo, ou seja, uma patologia da vivência anormal dos afetos” (Oliveira, 2015, p. 7), e é também, segundo Rozenthal (2004), “um transtorno que afeta a cognição e a memória” (*apud* Oliveira, 2015, p. 135).

Alain Ehrenberg estudou a depressão e, em relação a esta, traçou dois objetivos. Em primeiro lugar, procurou explicar o sucesso médico, visto que, entre 1970 e 1975, a depressão tornou-se o foco da psiquiatria porque foi a doença mental que mais se verificou no mundo durante este período; em segundo lugar, tinha como objetivo explicar o sucesso social desta doença, uma vez que a depressão começou a ser associada à “ maior parte dos males psicológicos ou comportamentos com que cada ser humano pode se deparar ao longo da sua vida”. Assim, para Ehrenberg, este último aspeto representa um sucesso ao nível da Sociologia, o que fez com que despertasse nele a vontade de explicá-lo (Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol, 2004, p. 143).

Então, Ehrenberg analisou esta doença mental através das perspetivas da psicanálise, da psicofarmacologia, da neurologia e da epidemiologia. Para realizar esta análise, recolheu vários artigos de revistas e livros da área da psiquiatria, bem como revistas médicas, para que pudesse perceber como era explicada a depressão, como era feito o seu diagnóstico e de que forma poderia ser tratada. Além disto, também recorreu a revistas, principalmente revistas femininas, para perceber de que forma a depressão era explicada ao público (Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol, 2004, p. 144).

Para este sociólogo, a depressão é a “doença da responsabilidade”, o que significa que, nos indivíduos que se encontram com esta doença, o sentimento predominante é o sentimento de fracasso (Ehrenberg, 2010 *apud* Brum, 2019). De acordo com Ehrenberg, no que diz respeito à depressão, o

cansaço começou a sobrepor-se à tristeza e à angústia, levando a que se possa concluir que “uma pessoa já não é fraca porque sofre, mas sofre porque é fraca” (Ehrenberg, 2000 *apud* Brum, 2019).

### **1.3 A depressão e sintomatologia depressiva no idoso**

Em todo o mundo, de acordo com Camargo, Sousa & Oliveira (2014) citado por Maximiano-Barreto & Fermoseli (2017), entre vinte e quatro e trinta milhões de pessoas apresentaram ou apresentam no presente sintomas de depressão. Esta “pode ser episódica, recorrente ou crónica” (APA, 2000 *apud* Teixeira, 2016, p. 56), interfere em todos os aspetos da vida dos indivíduos (Gerritsen, Smalbrugge, Teerenstra, Leontjevas, Adang, Vernooij-Dassen, Derksen & Koopmans, 2011 *apud* Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015, p. 42) e afeta qualquer faixa etária, sendo que as faixas etárias mais nova e mais velha apresentam valores de depressão mais elevados (Castro, Gonçalves & Lopes, 2008 *apud* Teixeira, 2016, pp. 56-57). Nos idosos, a depressão é, em muitos países, o transtorno mental mais comum, sendo também uma das principais doenças mentais que afeta a saúde dos indivíduos desses países (WHO; Oliveira, Gomes & Oliveira *apud* Lopes, Fernandes, Dantas & Medeiros, 2015, p. 522).

A depressão em idosos distingue-se da mesma doença noutras faixas etárias, devido às especificidades da idade e à diferente sintomatologia. Assim, verifica-se que a terceira idade, quando afetada por esta doença mental, apresenta “uma diminuição da resposta emocional, ausência de afeto positivo e predomínio de sintomas, como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia” (Smith, Haedtke & Shibley, 2015; Taylor, 2014; Unützer & Park, 2012 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 206). Por estes motivos, os indivíduos idosos com depressão veem a sua independência e qualidade de vida afetadas (Colasanti, Marianetti, Micacchi, Amabile & Mina, 2010; Williams & Kemper, 2010 *apud* Matos *et al.*, 2016, p. 39) e sofrem bastante a nível psíquico (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002 *apud* Teixeira *et al.*, 2016, p. 57).

De acordo com Zimerman (2007), “a depressão traz efeitos que prejudicam a vida do idoso” (*apud* Lopes *et al.*, 2015, p. 522), tais como perturbações na memória, o seu isolamento, doenças cardíacas, entre outros. Para além disto, esta doença mental desencadeia outras consequências, aumentando a utilização dos serviços de saúde disponibilizados, a probabilidade dos idosos cometerem suicídio e a procura por cuidados formais e informais por parte destes (Salgueiro, 2007 *apud* Frade *et al.*, 2015, p. 42).

Para prevenir os efeitos descritos e para que o bem-estar dos idosos seja garantido, é necessário identificar os sintomas depressivos e, posteriormente, realizar um tratamento adequado (Barbosa, Souza, Lebrao, Laurenti & Marucci, 2005 *apud* Maciel & Guerra, 2006, p. 27). Mas, para além disto, também socialmente é importante criar condições para que a depressão seja reduzida, valorizando a velhice e olhando para os idosos como importantes a nível social. Para isto, devem ser criadas políticas sociais que auxiliem na valorização do idoso e da velhice. Por exemplo, pode ser dedicado um tempo nas escolas em que os próprios idosos contam as suas histórias de vida e tentam explicar à geração mais nova a importância que têm para a sociedade. Por outro lado, pode prevenir-se a evolução das doenças mentais, como a depressão, através da promoção de um envelhecimento saudável, tanto a nível físico como psicológico, sendo que podem ser realizadas campanhas de sensibilização junto dos próprios idosos bem como das suas famílias.

O diagnóstico da depressão nesta fase da vida deve ser realizado com um certo cuidado, visto que é habitual surgirem queixas físicas por parte dos idosos, mas, quando estes se encontram deprimidos, as queixas aumentam e são relacionadas à ansiedade (Silva *et al.*, 2018, p. 124). Apesar disto, em muitos casos, a depressão na terceira idade é “uma enfermidade subdiagnosticada e subtratada” (Fleck, Lafer, Sougey, Porto & Brasil, 2005; De Moraes, Carvalho, Euqueres, Viana, Fantinati & Rassi, 2018 *apud* Silva *et al.*, 2018, p. 124), uma vez que, nesta faixa etária, é comum que os médicos encarem os sintomas desta doença mental como algo natural no processo de envelhecimento, confundindo-os com tristeza (Fernandes, Nascimento & Costa, 2009; Smith *et al.*, 2015 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 206).

#### **1.4 Fatores de risco e fatores protetores da depressão**

A depressão tem associada a si determinados fatores de risco, podendo estes ser de origem biológica, genética, psicossocial e até relacionados com distorções cognitivas (OMS, 2001 *apud* Lampert e Ferreira, 2018, pp. 205-206). Assim, existem fatores sociais que podem desencadear depressão, como a idade, o género, o estado civil (Schulze, 2009 *apud* Lopes *et al.*, 2015, p. 522), a solidão, a viuvez, a perda de familiares ou amigos e a falta de suporte social (Nóbrega, Leal, Marques & Vieira, 2015 *apud* Saintrain, Bandeira, Nobre & Sandrin, 2018, p. 5). Para além destes, também fatores económicos, como o nível socioeconómico, podem levar ao surgimento desta doença mental, assim como fatores relacionados com a saúde, como as doenças somáticas, o histórico de depressão, entre outras (Vink, Aartsen & Schoevers, 2008 *apud* Gullich *et al.*, 2016, p. 692). No entanto, para além de fatores de risco

existem também “fatores protetores” (Hong, Hasche & Bowland, 2009 *apud* Gullich *et al.*, 2016, p. 692) da depressão, sendo estes, por exemplo, o apoio social e a realização de atividades, como a atividade física (Hong, Hasche & Bowland, 2009; Koenig, 2007 *apud* Gullich *et al.*, 2016, p. 692).

Os indivíduos podem ter vulnerabilidade genética para a depressão, que pode ser causada por traumas vividos na infância ou por acontecimentos stressantes. Estes traumas e acontecimentos podem levar a que, por exemplo, as redes sociais dos indivíduos sejam quebradas, fazendo com que estes se sintam fragilizados, desencadeando a sintomatologia depressiva. Além disso, acontecimentos negativos, como a ocorrência de doenças ou um divórcio, podem desencadear sintomas depressivos ou determinar a ocorrência da depressão (Kendler, Karkowisk & Prescott, 1999 *apud* Feitosa, 2014, p. 491). Também Selye (1952) citado por Lovibond & Lovibond (1995) afirma que eventos stressantes na vida de um indivíduo podem desencadear ansiedade e depressão (*apud* Pinto *et al.*, 2015, p. 149).

No que diz respeito ao género, Leite, Carvalho, Barreto & Falcão (2006) afirmam não existirem diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino no que concerne à propensão para a depressão (*apud* Nunes *et al.*, 2016, p. 62), mas autores como Porcu, Scantamburlo, Albrecht, Silva, Vallim, Araújo, Deltreggia & Faiola (2002) consideram que os valores desta doença são superiores nas mulheres (*apud* Nunes *et al.*, 2016, p. 62). Tal acontece porque estas apresentam características relevantes ao longo da sua velhice, como o facto de viverem mais anos do que os homens e terem maior dificuldade na adaptação às alterações que sofrem fisicamente, tendo, por isso, uma probabilidade mais elevada de ficarem doentes, o que as torna mais vulneráveis (Fernandes *et al.*, 2009; Lima & Bueno, 2009; Oliveira, Bezerra, Silva, Alves, Moreira & Caldas, 2012; Smith *et al.*, 2015; Taylor, 2014 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 210). Para além disto, a mulher é referida como principal afetada pela depressão devido a fatores como a baixa escolaridade, a maior disposição para vivenciar situações stressantes, o facto de ser ainda vitimizada em certas sociedades, entre outros (Baptista, Baptista & Oliveira, 1999 *apud* Lopes *et al.*, 2015, p. 528).

A idade e a situação conjugal são dois dos fatores que também estão associados à depressão. Em relação ao primeiro, foram realizados vários estudos através dos quais foi possível concluir que os sintomas depressivos aumentam proporcionalmente com a idade, isto é, verifica-se “um aumento da prevalência de sintomas depressivos nas idades mais avançadas” (Borges *et al.*, 2013; Fernandes *et al.*, 2009; Lima & Bueno, 2009; Sasse *et al.*, 2012 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 210). Isto pode ser explicado pelo facto de, no envelhecimento, haver uma “diminuição na qualidade e na quantidade de informações necessárias para um controle emocional eficiente” (Mehta *et al.*, 2002 *apud* Maciel &

Guerra, 2006, p. 31). Relativamente ao segundo, apesar de alguns autores considerarem não existir relação entre a situação conjugal e a ocorrência de depressão, outros consideram que o facto de um indivíduo se encontrar solteiro aumenta a probabilidade de este desenvolver sintomas depressivos (Gazalle, Lima, Tavares & Hallal, 2004; Pacheco, 2002 *apud* Teixeira *et al.*, 2016, p. 62). Além disto, a viuvez pode levar a um aumento destes sintomas, devido à dor sentida pela perda do cônjuge, mas também pelo isolamento social que surge como consequência dessa perda (Oliveira *et al.*, 2012 *apud* Lopes *et al.*, 2015, p. 528).

Como foi já referido, a depressão pode ocorrer em qualquer fase da vida dos indivíduos, mas, quando estes se reformam, é recorrente ficarem deprimidos (Silva *et al.*, 2018, p. 123), assim como demonstra um estudo realizado em 2005, onde idosos reformados apresentaram sintomas desta doença (Gusmão, 2005 *apud* Frade *et al.*, 2015, p. 42). Esta relação entre reforma e depressão depende de fatores como a posição socioeconómica e a saúde do indivíduo que decide aposentar-se (Butterworth *et al.*, 2006 *apud* Kiely, Brady & Byles, 2019, p. 80). Além disso, o género pode ser também um fator importante na relação referida, visto que, os homens são aqueles que têm de tomar mais frequentemente a decisão repentina de se reformarem, devido a problemas de saúde (Vo *et al.*, 2015 *apud* Kiely, Brady & Byles, 2019, p. 80), o que pode ter um impacto negativo na saúde mental (Wang, 2007 *apud* Kiely, Brady & Byles, 2019, p. 80). Este impacto pode ocorrer porque, desta decisão repentina, podem surgir problemas financeiros e, para além disso, podem ser afetadas as expectativas pessoais que cada um tem. Já no caso das mulheres, estas reformam-se precocemente devido, muitas vezes, ao facto de terem de prestar assistência a familiares (Vo *et al.*, 2015; Schmitz & Brandt, 2019 *apud* Kiely, Brady & Byles, 2019, p. 80). Esta nova função pode causar sofrimento psicológico, uma vez que a mulher vê as funções que desempenhava serem interrompidas, sofre uma alteração no seu estilo de vida e, para além disso, possui ainda as novas funções de cuidar (Dow & Meyer, 2010 *apud* Kiely, Brady & Byles, 2019, p. 80).

Segundo Gazelle *et al.* (2004), a escolaridade é um fator bastante importante quando se fala de depressão (*apud* Teixeira *et al.*, 2016, p. 63). A baixa escolaridade pode levar a um declínio cognitivo, sendo que este pode desencadear demência e, conseqüentemente, depressão (Hartmann & Gomes, 2016 *apud* Maximiano-Barreto & Femoseli, 2017, p. 803). De acordo com um estudo realizado por Minicuci *et al.* (2002), idosos com uma escolaridade igual ou superior a cinco anos possuem menos 30% de chances de desenvolver sintomas depressivos, comparando com aqueles que têm menos de cinco anos de escolaridade (*apud* Lopes, Fernandes, Dantas & Medeiros, 2015, p. 528).

Na maioria dos casos, os idosos que se encontram institucionalizados apresentavam algumas doenças antes da sua ida para o lar, assim como pouco suporte a nível familiar e social, sendo que, após a institucionalização, os sintomas depressivos já existentes podem agravar-se (Leite *et al.*, 2006; Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009 *apud* Frade *et al.*, 2015, p. 47). Isto pode acontecer uma vez que, quando um idoso é institucionalizado, passa a estar afastado da sua casa e vê a sua rotina alterada, visto que a nova rotina é aquela vivida na instituição para onde foi (Salgueiro, 2007 *apud* Frade *et al.*, 2015, p. 47). Esta ocorrência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados verifica-se pois grande parte das instituições que acolhem estes indivíduos apresentam características como um ambiente pobre (Oliveira, Soares, Macedo, Diniz, Bento-Torres & Picanço-Diniz, 2014 *apud* Matos *et al.*, 2016, p. 43), o sedentarismo e o baixo número de atividades físicas e intelectuais (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Rolland, Kan & Vellas, 2008 *apud* Matos *et al.*, 2016, p. 43).

No entanto, muitos daqueles que vivem sozinhos vêm o seu suporte e trocas sociais diminuir, o que pode levar a que se sintam sós, sendo desencadeada a propensão à ocorrência de depressão ou o seu agravamento (Fernandes *et al.*, 2009; Sass *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2012, Smith *et al.*, 2015; Unützer & Park, 2012 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 211). O suporte social relacionado com os sintomas depressivos foi estudado por vários autores que concluem que este pode levar à redução dos sintomas de depressão, uma vez que diminui o stresse vivido pelos indivíduos e ajuda estes a encarar a doença de forma mais positiva, ajudando na melhoria da autoestima e reduzindo a possibilidade dos doentes se isolarem (Yang, Yao, Zhu, Zhang, Ling & Abela, 2010 *apud* Feitosa, 2014, p. 492).

Por último, quando os idosos têm rendimentos baixos e estes se associam a outros fatores, como serviços de saúde ineficazes, dificuldade em comprar medicamentos ou em ter uma assistência médica de qualidade, a ocorrência de depressão corre o risco de aumentar. Isto acontece porque o rendimento permite aos indivíduos ter autonomia e possibilita que estes consigam ter acesso a cuidados de saúde (Costa, Guerra, Firmo & Uchoa, 2001 *apud* Maciel & Guerra, 2006, p. 31). A perda da autonomia e o facto de um indivíduo se sentir limitado nas suas atividades diárias leva a que o seu bem-estar sofra alterações, podendo, assim, fazer com que este indivíduo se sinta deprimido (Batistone & Neri, 2007; Bretanha, Fracchini, Nunes, Munhoz, Tomasi & Thumé, 2015 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 211).

## **CAPÍTULO 2**

Objetivos da pesquisa, modelo de análise e  
caracterização do projeto SHARE

Este segundo capítulo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte são apresentados os objetivos da pesquisa e o modelo de análise subjacente ao estudo. Uma vez que esta pesquisa recorre a uma base de microdados secundária, a base de dados do projeto SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, na segunda parte deste capítulo caracteriza-se este projeto, descrevendo-se a sua amostra. Finalmente, discutem-se algumas considerações éticas sobre a pesquisa.

## **2.1 Objetivos da pesquisa**

Em todo o mundo, milhares de pessoas são diagnosticadas com depressão. Esta doença, que continua a ser desvalorizada por muitos, tem bastante impacto no bem-estar dos indivíduos em idades avançadas, pelo que é importante conhecer os motivos que levam uma pessoa a ficar deprimida. Por isto, e porque é importante desmitificar a doença mental, em geral, e a depressão, de forma mais particular, torna-se pertinente estudar a sintomatologia depressiva e as suas determinantes, principalmente no nosso país. Para isso, é essencial estabelecer uma comparação de Portugal com outros países e estudar os contextos socioeconómicos em que esta ocorre.

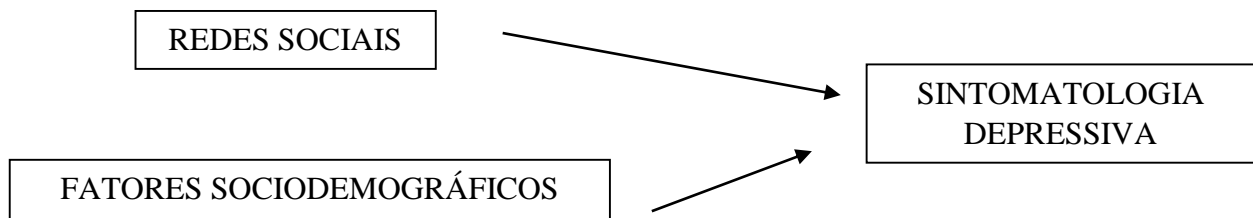
Este estudo visa identificar os fatores socioeconómicos e de saúde associados à sintomatologia depressiva dos indivíduos residentes em Portugal, de 50 e mais anos, numa perspetiva comparativa com outros países europeus. Para tal, definiram-se os seguintes objetivos específicos: (1) discutir o conceito de depressão e a sua operacionalização; (2) caracterizar a depressão em Portugal, numa perspetiva comparativa a nível europeu; (3) identificar as determinantes sociais da sintomatologia depressiva, apurando-se o papel desempenhado pelas redes sociais dos indivíduos e, por último, (4) propor políticas sociais que permitam a redução da sintomatologia depressiva.

## **2.2 Modelo de análise**

A revisão da literatura permitiu desenhar o modelo de análise que se descreve mais adiante e que inspirou este estudo. Através deste modelo “estabelece-se” o impacto que as redes sociais dos indivíduos têm na sintomatologia depressiva, controlando fatores sociodemográficos, usualmente associados à sintomatologia depressiva. Nesta pesquisa, as redes sociais são abordadas tendo em conta as seguintes dimensões: número de pessoas muito próximas do indivíduo, a satisfação deste com a sua rede social e a proximidade emocional e geográfica com os indivíduos que constituem a sua rede social. A escolha destas variáveis foi feita tendo em conta que existe uma lacuna na literatura existente, não



sendo as redes sociais tão abordadas quanto, por exemplo, a questão das diferenças de géneros na prevalência de depressão, a questão da saúde física ou do estado civil dos indivíduos associado à depressão, entre outros. Neste sentido, torna-se pertinente perceber de que forma as variáveis de carácter social influenciam a ocorrência de sintomatologia depressiva.



## **2.3 O projeto SHARE**

### **2.3.1 Caracterização geral do projeto**

O SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) é uma infraestrutura científica 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. No que diz respeito à saúde, são recolhidos dados como a auto percepção da saúde e a condição física dos indivíduos; por um lado, e dados relativos a indicadores objetivos de saúde, como a força de prensão e a memória recente e tardia, por outro lado. Relativamente ao estatuto socioeconómico, são analisadas características como o emprego e o rendimento dos inquiridos. Já no que concerne às características sociais, analisam-se as redes sociais e a escolaridade, entre outras.

O projeto SHARE tem um carácter longitudinal e, por isso, permite que sejam estudadas as alterações que ocorrem nas vidas dos indivíduos à medida que estes vão envelhecendo. É também um projeto multidisciplinar, uma vez que resulta do enfoque de várias áreas científicas, desde a demografia, a sociologia, a economia, a epidemiologia, a psicologia e a gerontologia. O projeto fornece informações acerca do processo de envelhecimento e também sobre as condições de vida dos indivíduos de 50 e mais anos. Para além disso, visto que é um projeto que possui dados de vários países europeus, é possível, através dele, estudar o impacto que as políticas públicas têm nos indivíduos deste grupo etário, nos vários países envolvidos, permitindo também a definição de melhores políticas, tanto a nível nacional como a nível europeu.

### **2.3.2 Amostra**

Neste estudo foi utilizada uma amostra constituída por 67173 indivíduos com 50 ou mais anos, 37602 mulheres e 29571 homens, que participaram na vaga 6 do projeto SHARE. No projeto não são incluídos aqueles que se encontram na prisão ou hospitalizados, ou que não estão no território do país em que o inquérito é realizado durante o período em que este decorre, e também indivíduos que não falam a língua oficial desse país. Na vaga 6 do SHARE, a população-alvo do inquérito foi constituída por indivíduos residentes nos países que integram o SHARE, com 50 ou mais anos, e por cônjuges dessas pessoas, qualquer que seja a sua idade (Andersen-Ranberg *et al.*, 2017, p. 77).

Os indivíduos inquiridos responderam a questões relacionadas com as suas características socioeconómicas, de saúde física e mental, redes sociais, utilização de internet, entre outras, mas, para o estudo em questão, utilizei apenas as questões referentes às relações sociais dos inquiridos, às suas características sociodemográficas, económicas e de saúde. Dos 67173 indivíduos do estudo, 3358 são residentes da Áustria, 4347 da Alemanha, 3881 da Suécia, 5560 da Espanha, 5211 da Itália, 3870 da França, 3661 da Dinamarca, 4814 da Grécia, 2772 da Suíça, 5700 da Bélgica, 2013 de Israel, 4793 da República Checa, 1802 da Polónia, 1543 do Luxemburgo, 1662 de Portugal, 4186 da Eslovénia, 5557 da Estónia, e 2443 da Croácia.

### **2.3.3 Considerações éticas**

O projeto SHARE mereceu a aprovação de diversas Comissões de Ética, desde a sua implementação em 2004. As vagas 1 a 4 foram aprovadas pela Comissão de Ética da Universidade de Mannheim e, a mesma vaga 4 e seguintes foram aprovadas pela Comissão de Ética da Max Planck Society, no seguimento do pedido de avaliação apresentado pela coordenação internacional do projeto SHARE. 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. A vaga 6 implicou, em alguns dos países participantes, a recolha de amostra sanguíneas pelo que as Comissões de Ética de todos os países foram solicitadas a pronunciarem-se sobre as condições definidas para este tipo particular de recolha. A recolha de amostras sanguíneas foi aprovada por todas as Comissões de Ética dos países participantes.

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)

## **CAPÍTULO 3**

### Metodología

Neste capítulo são descritos e justificados os procedimentos metodológicos adotados e explicitadas as medidas utilizadas no estudo.

### **3.1 Procedimentos metodológicos**

Para estudar a relação entre as redes sociais dos indivíduos, mais concretamente a sua satisfação com as redes, a proximidade geográfica e emocional com os membros que as integram, e também o número de elementos que as compõem, por um lado, e a sintomatologia depressiva, por outro lado, foi realizada uma regressão logística com o auxílio do programa estatístico SPSS, versão 26. Optou-se pela utilização da análise de regressão logística uma vez que se visava “explicar” a ocorrência de sintomatologia depressiva e esta variável (variável dependente) segue uma distribuição binomial (assume apenas dois valores).

Nas regressões realizadas foram controladas algumas variáveis para que os dados relativos a estas não interferissem diretamente nos resultados obtidos, isto é, sabemos que há determinadas variáveis que influenciam a ocorrência de depressão, mas, através do seu controlo, é possível ver o efeito das variáveis de interesse (as características das redes sociais) na variável dependente (sintomatologia depressiva). Assim, as variáveis de controlo do estudo são o género, a idade, o nível de escolaridade, o estado civil ou o facto de o indivíduo viver só ou não e a saúde física. Estas variáveis de controlo foram escolhidas com base nos resultados da revisão bibliográfica.

O modelo utilizado foi testado para o conjunto de países do SHARE, tendo como referência Portugal. Em seguida, foi testado para os quatro regimes de bem-estar da Europa e, para isso, foi criada uma variável onde os países foram agrupados de acordo com o seu regime de bem-estar, e uma nova regressão logística foi realizada com a variável *regimes* como controlo (substituindo a variável *país*). Este passo foi dado para que os países fossem agrupados de acordo com a sua localização geográfica na Europa e de acordo com determinadas características inerentes nos regimes de bem-estar desses países. Na esteira de Esping-Andersen, os países foram agrupados em modelos em função da sua localização geográfica na Europa que traduz também, ainda que de forma imperfeita, o seu posicionamento em termos de “efeitos da cidadania social na posição dos indivíduos perante o mercado de trabalho; o sistema de estratificação social que daí resulta; e a relação que se estabelece entre Estado, mercado e família na provisão social” (Silva, 2002, p. 26). Na regressão por regimes de bem-estar, a variável “viver só” deixou de ser significativa para explicar a sintomatologia depressiva e, por isso, foi retirada do modelo.

Para avaliarmos a qualidade (poder explicativo) dos modelos de regressão logística para os regimes de bem-estar da Europa, foi calculada a precisão de cada modelo (Tabela I). Para todos os regimes, a regressão logística mostrou elevada precisão: Norte da Europa com 83,6%, Sul com 74,6%, Centro com 77,1% e Leste com 74,8%. Por outras palavras, podemos afirmar, por exemplo, que o modelo de regressão para o Norte da Europa está a explicar 83,6% da variabilidade dos dados.

**Tabela I:** Precisão dos modelos de regressão logística por regime de bem-estar.

Regime de bem-estar	Precisão do modelo (%)
Norte da Europa	83,6
Sul da Europa	74,6
Centro da Europa	77,1
Leste da Europa	74,8

Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados não ponderados.

Por último, foi feita uma nova regressão onde se analisaram apenas os quatro países que compõem o regime de bem-estar do Sul da Europa que Portugal integra.

Assim como na regressão logística para os regimes de bem-estar, também para avaliarmos a qualidade (poder explicativo) dos modelos de regressão logística para os países do Sul da Europa, foi calculada a precisão de cada modelo (Tabela II). Para todos os países do Sul da Europa, a regressão logística mostrou um bom poder explicativo: Portugal com 72,2%, Espanha com 78,6%, Itália com 73,8% e Grécia com 72,3%. Por outras palavras, podemos afirmar, por exemplo, que o modelo de regressão para Portugal está a explicar 72,2% da variabilidade dos dados.

**Tabela II:** Precisão dos modelos de regressão logística para os países do regime de bem-estar do Sul da Europa.

País	Precisão do modelo (%)
Portugal	72,2%
Espanha	78,6%
Itália	73,8%

Grécia	72,3%
--------	-------

Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados não ponderados.

Em todos os modelos, o género feminino é tratado de forma independente do género masculino por se verificarem, segundo a literatura, diferenças nos valores da sintomatologia depressiva para um e outro. Os resultados das regressões confirmam a pertinência da perspectiva de género adotada neste estudo.

### 3.2 Medidas

Em todas as regressões, a variável dependente diz respeito à sintomatologia depressiva (*eurod\_cat*), isto é, a variável dicotomizada ( $\leq 3$  sintomas e  $> 3$  sintomas). Ela foi criada com base na escala de depressão EURO-D, formada pelas perguntas compreendidas entre a MH002 e a MH017, e assume valores compreendidos entre 0 e 12 sintomas depressivos. O número de sintomas permite-nos afirmar se um determinado indivíduo apresenta ou não sintomatologia depressiva. Com efeito, considera-se que um indivíduo apresenta sintomatologia depressiva caso tenha quatro ou mais sintomas depressivos e, no caso de apresentar três ou menos sintomas, considera-se que não tem sintomatologia depressiva (Dewey & Prince, 2005).

As perguntas referidas, entre MH002 e MH017 são: No último mês, sentiu-se triste ou deprimido?; Quais são as suas expectativas para o futuro?; No último mês, sentiu que preferia não estar vivo(a)?; Tende a culpar-se a si próprio(a) ou a sentir-se culpado(a) a propósito de tudo e de nada?; Então, de que é que se culpa a si mesmo? (Atribuir o código 1 apenas a um sentimento exagerado de culpa, que tem claramente proporções exageradas relativamente às circunstâncias. Frequentemente a falta é muito pequena, se é que existiu alguma. No caso de culpa justificável ou apropriada, deverá ser atribuído o código 2); Recentemente, teve dificuldades em dormir?; No último mês, como diria que foi o seu interesse pelo que o(a) rodeia?; Então mantém o interesse pelo que gosta de fazer?; Ultimamente, tem-se sentido mais irritável?; No último mês, como tem estado o seu apetite?; Então, tem comido menos, ou mais do que habitualmente?; No mês passado, teve pouca energia para fazer as coisas que queria?; Como está a sua concentração? Por exemplo, consegue concentrar-se num programa de televisão, num filme ou num programa de rádio?; Consegue concentrar-se ao ler alguma coisa?; Diga-me, o que gostou de fazer recentemente?; e Chorou alguma vez no último mês?.

Foram utilizadas nove variáveis independentes em todas as regressões, sendo que quatro delas são variáveis de interesse e as restantes são variáveis de controlo. Quanto às primeiras, estão o número de pessoas próximas emocionalmente do inquirido (*close\_very*), a satisfação com a rede social (*sn\_satisfaction*), a distância geográfica média da rede social (*prx\_mean*) e o grau de proximidade emocional com os indivíduos que compõem a rede social (*close\_mean*). A variável relativa ao número de pessoas muito próximas do inquirido (*close\_very*) é construída com base na resposta à pergunta SN008\_Intro\_Closeness. Já no que diz respeito à satisfação com as redes sociais (*sn\_satisfaction*), estes dados são recolhidos nas respostas à pergunta SN012\_Network\_Satisfaction. Quanto à informação acerca da distância geográfica entre o indivíduo e a sua rede social (*prx\_mean*), esta é obtida na resposta à pergunta SN006\_NetworkProximity, enquanto que informações acerca da distância emocional (*close\_mean*) entre os mesmos são retiradas das respostas à pergunta SN009\_Network\_Closeness.

As variáveis de controlo são o género (*gender*), a idade no momento da entrevista (*age\_int*), a escolaridade (*isced\_cat*), o estar casado ou viver com o parceiro (*married*), e a saúde física (*physical\_health\_w6\_rel700*). A variável que nos indica se o inquirido vive ou não só (*live\_alone*) também entrou como variável de controlo nos primeiros modelos, mas foi retirada por não ser significativa para explicar a sintomatologia depressiva. A variável *gender* informa-nos sobre o género do inquirido, a *age\_int* sobre a sua idade, a *isced\_cat* sobre o nível de escolaridade que este tem, a *married* permite perceber se os indivíduos são casados ou vivem com o parceiro, ou não, e, por último, a *physical\_health\_w6\_rel700* fornece-nos informações acerca da saúde física do inquirido.

A variável 'saúde física' foi criada pela equipa do SHARE Portugal com base nos procedimentos de Ploubidis e Grundy (2011). É uma variável contínua latente que combina um indicador objetivo de saúde (força de prensão) e seis indicadores de saúde auto-reportados. Os indicadores auto-reportados são: auto-perceção de saúde (variando de 1 – má a 5 – excelente); presença de doença de longa duração (0 – não e 1 – sim); atividades limitadas devido a problemas de saúde (1 – severamente limitado, 2 – limitado, mas não severamente e 3 – não limitado) e três condições de saúde: (a) ataque cardíaco, (b) acidente vascular cerebral e (c) doença pulmonar crónica (todos codificados em 0 – não e 1 – sim). Segundo Ploubidis e Grundy (2011), este indicador de saúde física é muito mais robusto do que usar as medidas de saúde separadamente. Esta variável composta foi construída com o programa estatístico MPLUS, versão 7, através do método de estimação WLSMV. O modelo possui um bom ajuste com valores de RMSEA = 0,03; CFI = 0,98 e TLI = 0,97.



Como também já foi referido, foram introduzidas no modelo outras variáveis. Com o auxílio da variável *country*, adotou-se um país como referência, Portugal, e isso originou o *country\_ref\_PT*, sendo que este passo permitiu analisar os vários países mas tendo sempre Portugal como referência. A variável *regime* possibilitou-nos analisar os dados de acordo com os quatro regimes, Norte, Sul, Centro e Leste, para perceber se existe associação entre a sintomatologia depressiva e as características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos, e, por fim; a *países\_Southern*, que foi também uma variável criada e, através da qual, foi possível analisar os valores relativos aos quatro países do Sul da Europa, Portugal, Espanha, Itália e Grécia.

## **CAPÍTULO 4**

Sintomatologia depressiva numa perspetiva de género

No capítulo 4 são apresentados os resultados das análises estatísticas realizadas, todas elas numa perspetiva de género. Em primeiro lugar, procede-se a uma comparação dos países no que diz respeito à sintomatologia depressiva, distinguindo-se cada um dos géneros. Em seguida, comparam-se os regimes de bem-estar, ou seja, procede-se a uma análise comparativa da sintomatologia depressiva nos quatro regimes de bem-estar da Europa: Norte, Sul, Centro e Leste, mantendo-se a perspetiva de género. Por último, para o conjunto dos países europeus, compara-se o grupo de indivíduos com sintomatologia depressiva com o grupo de indivíduos sem sintomatologia depressiva, em termos de características sociodemográficas e de saúde. Também neste caso se adota uma perspetiva de género, trabalhando-se separadamente o género feminino e masculino.

#### **4.1 Sintomatologia depressiva por país**

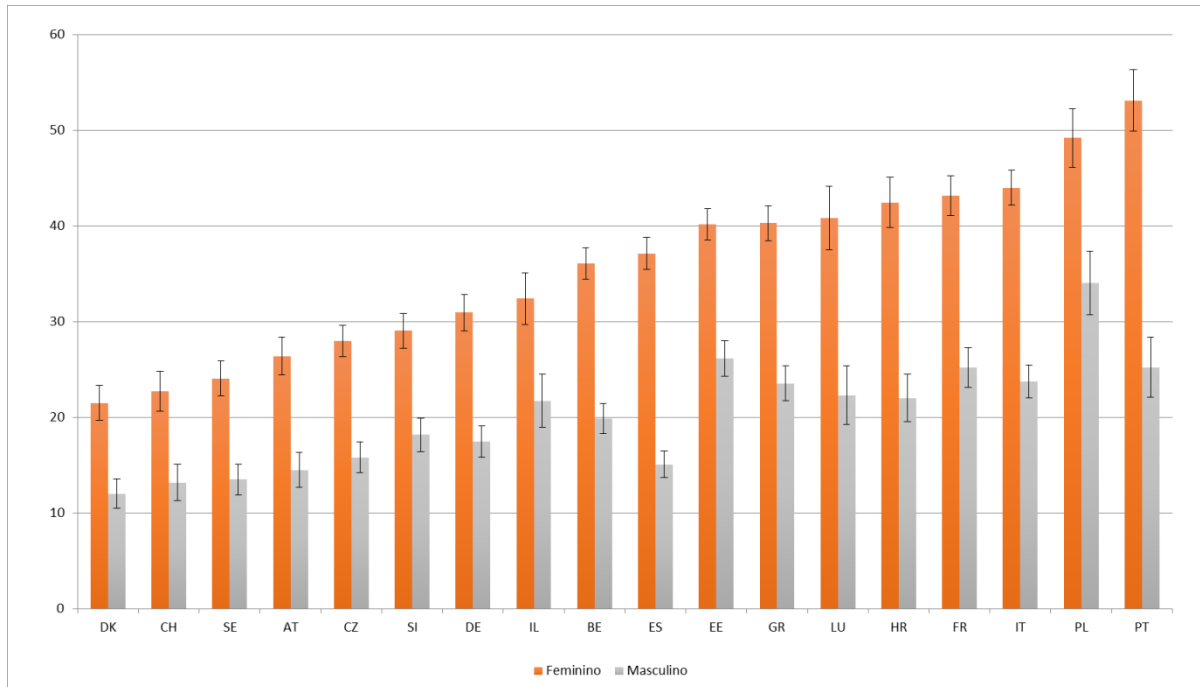
No gráfico 1 estão representados os países que participaram na vaga 6 do SHARE de acordo com a prevalência de sintomatologia depressiva (quatro ou mais sintomas depressivos), por género. De todos os países analisados, Portugal e Polónia são aqueles que registam maior prevalência de sintomatologia depressiva. Podemos também afirmar que, nos países nórdicos, os indivíduos apresentam menor sintomatologia depressiva, sendo a Dinamarca o país com a menor proporção de indivíduos com sintomatologia depressiva.

Uma análise da sintomatologia depressiva, numa perspetiva de género, revela que existem diferenças entre homens e mulheres. Em geral, as mulheres apresentam mais sintomas depressivos do que os homens. De todos os países analisados, aqueles em que a prevalência dos sintomas depressivos nas mulheres é mais elevada são Portugal (53%), Polónia (49%), Itália (44%), França (43%), Croácia (42%) e Luxemburgo (40%). Já nos homens, a prevalência destes sintomas é mais elevada na Polónia (34%), Estónia (26%), França (25%), Portugal (25%), Grécia (24%) e Itália (24%). Assim, pode dizer-se que, dos países estudados, Portugal, Polónia, Itália e França são aqueles que apresentam valores mais elevados no que diz respeito à sintomatologia depressiva para os dois géneros. Dos países mencionados, três pertencem ao Sul da Europa (Portugal, Itália e Grécia). Ao invés, a Dinamarca é o país onde, tanto homens como mulheres, apresentam menor sintomatologia depressiva.

É ainda importante destacar a grande diferença de sintomatologia depressiva entre homens e mulheres espanhóis, bem como entre homens e mulheres portugueses. No Gráfico 1 observa-se que os

valores para a população do sexo feminino são consideravelmente mais altos do que para a população do sexo masculino nestes dois países (Portugal e Espanha).

**Gráfico 1:** Percentagem de indivíduos com sintomatologia depressiva por país.



Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados ponderados.

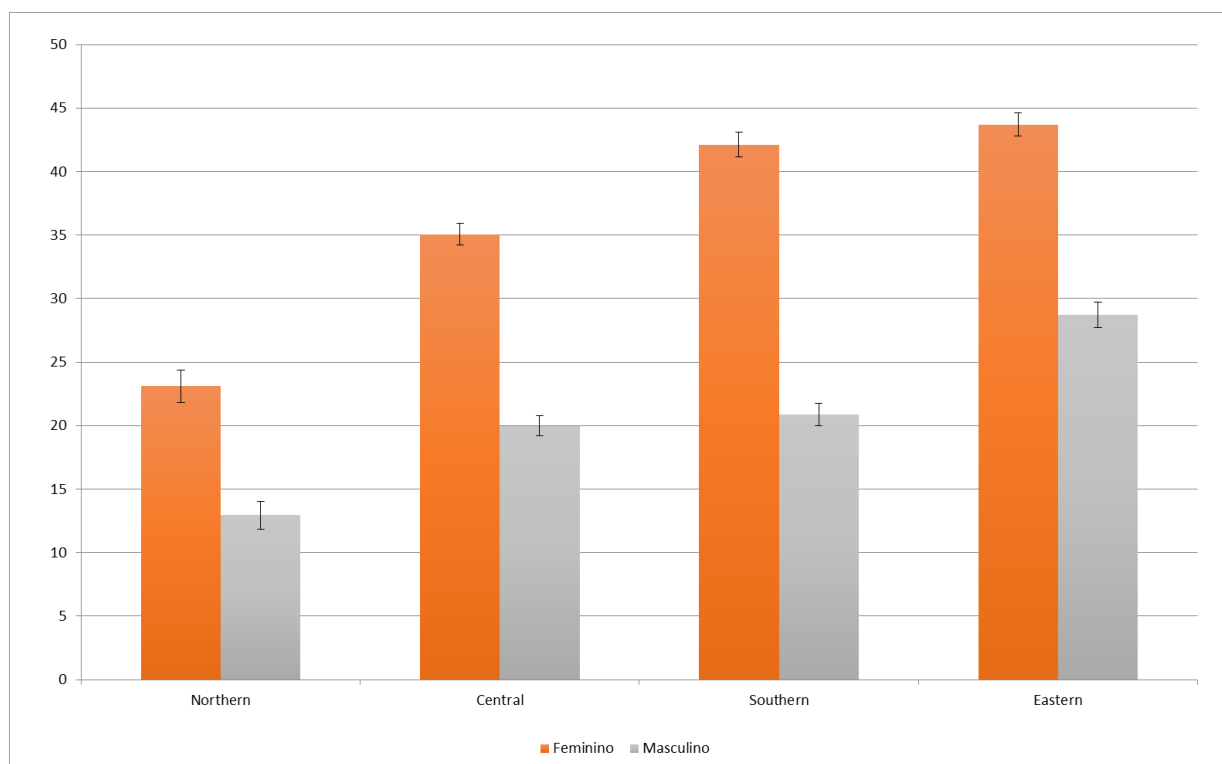
#### 4.2 Sintomatologia depressiva por regime de bem-estar

No gráfico 2 estão representadas as diferenças entre a ocorrência de sintomatologia depressiva nos dois géneros para os quatro regimes de bem-estar: Norte, Centro, Sul e Leste. Observando este gráfico, pode afirmar-se que a ocorrência (relativa) de sintomas depressivos difere por género em todos os regimes analisados, sendo superior para o género feminino. Esta diferença entre os dois géneros é menor no Norte da Europa, seguindo-se o Centro e Leste europeu. A maior diferença entre géneros encontra-se no Sul da Europa.

Quanto ao género masculino, a menor ocorrência (relativa) de sintomatologia depressiva verifica-se no regime do Norte da Europa (13%) e a maior no Leste (29%), o que significa que no Norte da Europa é onde se verifica que há menos homens com “quatro ou mais sintomas depressivos” no total da população masculina com a mesma idade e no Leste Europeu onde há maior número relativo. No Centro e no Sul da Europa existe uma proporção semelhante de homens com sintomatologia depressiva.

Relativamente ao género feminino, as mulheres do Leste Europeu têm valores (relativos) de sintomatologia depressiva estatisticamente iguais aos das mulheres do Sul, sendo também aquelas que apresentam valores (relativos) mais elevados desta sintomatologia. As mulheres do Norte são aquelas em que se verifica menor ocorrência (relativa) de “quatro ou mais sintomas depressivos” (23%), seguindo-se das mulheres do Centro da Europa (35%).

**Gráfico 2:** Percentagem de indivíduos com sintomatologia depressiva por regime de bem-estar.



Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados ponderados.

#### 4.3 Sintomatologia depressiva no conjunto dos países europeus

As tabelas III e IV permitem comparar os homens e as mulheres, com e sem sintomatologia depressiva, em função das características socioeconómicas e de saúde de cada um dos grupos da população.

Na Tabela III são apresentadas as análises descritivas relativas ao género feminino. Através desta tabela é possível perceber que, nas mulheres com quatro ou mais sintomas depressivos, a idade média (68,66 anos) é superior à daquelas que não apresentam estes sintomas (65,99 anos). Relativamente à

educação, a maioria das mulheres com sintomatologia depressiva têm o ensino primário ou menos (56,72%), enquanto que aquelas sem sintomatologia depressiva têm maior escolaridade. As mulheres com quatro ou mais sintomas depressivos não são, no geral, casadas ou vivem com um parceiro (49,65%), e as que possuem três ou menos sintomas depressivos, pelo contrário, encontram-se, geralmente, nesta situação (58,94%), apesar da percentagem de casadas ser bastante próxima da percentagem de não casadas. Ainda assim, pode afirmar-se que há diferenças estatisticamente significativas.

Quanto às características de saúde, as mulheres com sintomatologia depressiva apresentam, em média, valores mais baixos (-0,42) de saúde física do que as mulheres que não têm esta sintomatologia (0,13). Isto significa que mulheres com quatro ou mais sintomas depressivos têm menos saúde física do que aquelas que apresentam três ou menos destes sintomas.

Relativamente às características das redes sociais, também estas diferem nas mulheres com e sem sintomatologia depressiva. Em média, o número de indivíduos das redes sociais de uma mulher com quatro ou mais sintomas depressivos é inferior ao número de indivíduos das redes de uma mulher com três ou menos sintomas. Assim, as primeiras têm, em média, 2,26 indivíduos nas redes sociais, e as segundas, em média, 2,51 indivíduos. Quanto à satisfação com as redes sociais, as mulheres com sintomatologia depressiva encontram-se menos satisfeitas do que mulheres sem sintomatologia depressiva. Ainda no que diz respeito às características das redes sociais, o projeto SHARE disponibiliza informação sobre a proximidade geográfica e a proximidade emocional com os elementos das redes sociais de cada indivíduo. Assim, mulheres com quatro ou mais sintomas depressivos têm, em média, menos proximidade geográfica (3,53 km) e emocional (3,19) com os elementos das suas redes sociais do que aquelas que têm três ou menos sintomas (3,48 km e 3,26, respetivamente). Isto significa que, em relação à proximidade geográfica, as mulheres com sintomas depressivos se encontram, em média, a 3,53 km de distância das residências dos elementos da sua rede social, enquanto as mulheres sem sintomas se encontram a 3,48 km de distância.

**Tabela III:** Indivíduos do género feminino, com e sem sintomatologia depressiva, de acordo com as suas características sociodemográficas e de saúde.

	<b>4 ou mais sintomas depressivos</b>		<b>3 ou menos sintomas depressivos</b>			
	<b>(N = 12794)</b>	<b>(N = 24808)</b>	<b>t/<math>\chi^2</math></b>	<b>p-value</b>	<b>Cohen's d/phi</b>	
<b>Características sociodemográficas</b>						
<b>Idade, média (DP)</b>	68,66 (11,99)	65,99 (10,73)	-21,263	0,000	-0,23	
<b>Educação</b>						
Ensino primário ou menos (%)	56,72	40,02	707,873	0,000	0,14	
Ensino secundário (%)	29,11	36,42				
Ensino pós-secundário (%)	14,17	23,57				
<b>Ser casado ou viver com o parceiro</b>						
Sim (%)	50,35	58,94	249,105	0,000	0,08	
No (%)	49,65	41,06				
<b>Características de saúde</b>						
<b>Saúde física, média (DP)</b>	-0,42 (0,69)	0,13 (0,64)	76,652	0,000	0,83	
<b>Características das redes sociais</b>						
<b>Número de redes sociais, média (DP)</b>	2,26 (1,42)	2,51 (1,47)	10,603	0,000	0,17	
<b>Satisfação com as redes sociais, média (DP)</b>	8,76 (1,57)	9,03 (1,21)	18,458	0,000	0,19	
<b>Proximidade geográfica com as redes sociais, média (DP)</b>	3,53 (1,59)	3,48 (1,58)	-3,725	0,000	-0,03	
<b>Proximidade emocional com as redes sociais, média (DP)</b>	3,19 (0,64)	3,26 (0,59)	12,142	0,000	0,11	

Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados ponderados.

Na Tabela IV são apresentados os dados das análises descritivas mas, desta vez, relativas ao género masculino. Analisando as características demográficas e socioeconómicas destes indivíduos, verifica-se que homens com sintomatologia depressiva têm uma idade média superior (66,86 anos) à dos homens que não têm esta sintomatologia (64,78 anos). No que diz respeito à educação, homens com quatro ou mais sintomas depressivos têm o ensino primário ou menos, enquanto que aqueles que têm três ou menos sintomas têm níveis de educação mais elevados, tal como acontece com as mulheres. Por fim, os homens solteiros, viúvos ou separados (66,47%) apresentam mais sintomas depressivos do que os casados ou a viver com um parceiro (74,75%). Assim, homens com quatro ou mais sintomas

depressivos são maioritariamente não casados, enquanto que aqueles com três ou menos sintomas são, na maioria, casados ou vivem com um parceiro.

No que diz respeito às características de saúde, os homens com sintomatologia depressiva têm, em média, valores de saúde física inferiores (-0,39) àqueles que não têm esta sintomatologia (0,19).

No que concerne às características das redes sociais, os homens com quatro ou mais sintomas depressivos têm, em média, um número de elementos nas redes sociais inferior ao número de elementos das redes dos homens com três ou menos sintomas. Mais concretamente, verifica-se que os homens com sintomatologia depressiva têm, em média, 1,96 pessoas próximas de si, enquanto que, os homens sem esta sintomatologia têm 2,17 pessoas próximas de si. Relativamente à satisfação com as suas redes sociais, homens com quatro ou mais sintomas depressivos encontram-se, em média, menos satisfeitos com as suas redes sociais (8,41) do que aqueles que têm três ou menos sintomas (8,87). Relativamente à proximidade emocional e proximidade geográfica com os elementos da rede social, os homens com sintomatologia depressiva têm menor proximidade emocional (3,14) e proximidade geográfica (3,08 km) com os elementos das suas redes sociais do que os homens sem sintomatologia depressiva, que se encontram mais próximos geograficamente (2,91 km) e emocionalmente (3,26) dos elementos da sua rede social.



**Tabela IV:** Indivíduos do género masculino, com e sem sintomatologia depressiva, de acordo com as suas características sociodemográficas e de saúde.

	<b>4 ou mais sintomas depressivos</b>	<b>3 ou menos sintomas depressivos</b>			
	(N = 5859)	(N = 23712)	t/ $\chi^2$	p-value	Cohen's d/phi
<i>Características sociodemográficas</i>					
<b>Idade, média (DP)</b>	66,86 (11,34)	64,78 (9,88)	-14,541	0,000	-0,20
<b>Educação</b>					
Ensino primário ou menos (%)	44,18	34,57	311,606	0,000	0,10
Ensino secundário (%)	37,33	38,00			
Ensino pós-secundário (%)	18,49	27,43			
<b>Ser casado ou viver com o parceiro</b>					
Sim (%)	66,47	74,75	148,911	0,000	0,07
No (%)	33,53	25,25			
<i>Características de saúde</i>					
<b>Saúde física, média (DP)</b>	-0,39 (0,71)	0,19 (0,67)	57,776	0,000	0,84
<i>Características das redes sociais</i>					
<b>Número de redes sociais, média (DP)</b>	1,96 (1,37)	2,17 (1,40)	6,547	0,000	0,15
<b>Satisfação com as redes sociais, média (DP)</b>	8,41 (1,82)	8,87 (1,32)	16,199	0,000	0,29
<b>Proximidade geográfica com as redes sociais, média (DP)</b>	3,08 (1,70)	2,91 (1,64)	-4,830	0,000	-0,10
<b>Proximidade emocional com as redes sociais, média (DP)</b>	3,14 (0,66)	3,26 (0,62)	10,815	0,000	0,19

Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados ponderados.

#### 4.4 Síntese do capítulo

Relativamente à análise da sintomatologia depressiva por país e género, verifica-se que, em todos os países há diferenças entre os valores da sintomatologia depressiva nas mulheres e nos homens, sendo que, no género feminino, estes valores são mais elevados do que no género masculino. As mulheres portuguesas e os homens polacos são aqueles que apresentam mais sintomas depressivos.

A análise da sintomatologia depressiva nos quatro regimes de bem-estar (Norte, Sul, Centro e Leste) evidencia também diferenças entre os dois géneros, sendo a predominância de sintomas depressivos maior nas mulheres. Nestas, a sintomatologia depressiva apresenta valores mais baixos no

Norte da Europa e mais altos no Sul e Leste Europeu. Nos homens, verificam-se também valores mais baixos no Norte da Europa, e mais elevados no Leste da Europa.

No estudo da sintomatologia depressiva para o conjunto dos países europeus, numa perspetiva de género, verificou-se que, tanto mulheres como homens com sintomatologia depressiva têm menor número de indivíduos nas redes sociais e encontram-se menos satisfeitas com estas, e, no que diz respeito às proximidades emocional e geográfica com os elementos das suas redes, estas são menores. Têm também, no geral, uma idade média superior, menor escolaridade, menos saúde física e não são casadas nem vivem com um parceiro.

## **CAPÍTULO 5**

Sintomatologia depressiva nos regimes europeus de bem-estar e países do Sul da Europa

Este quinto capítulo encontra-se dividido em duas partes e nele é analisada a sintomatologia depressiva nos quatro regimes de bem-estar da Europa e nos países do regime de bem-estar do Sul da Europa. Primeiramente, são apresentados os resultados da regressão para os países do Norte, Sul, Centro e o Leste Europeu. Em seguida, apresentam-se os dados das análises relativas a Portugal, Espanha, Itália e a Grécia.

## **5.1 Sintomatologia depressiva nos quatro regimes de bem-estar da Europa**

As análises descritivas apresentadas anteriormente só nos permitem identificar a existência/ausência de diferenças existentes entre os dois grupos de indivíduos (com e sem sintomatologia depressiva, de cada um dos géneros. De modo a avaliar, após esta análise, se existe associação entre a sintomatologia depressiva e as características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos, nos quatro regimes de bem-estar, foram realizadas análises de regressão para cada um dos regimes (tabela V).

### **5.1.1 Norte da Europa**

De acordo com a tabela V, no Norte da Europa, por cada nível a mais de satisfação com a rede social, o indivíduo tem menos 14,77% de chances de ter sintomatologia depressiva. Também no Norte, os homens têm menos 48,45% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres. Por cada ano a mais de idade, o indivíduo diminui as chances de ter sintomas depressivos em 0,9%. Relativamente à saúde física, por cada valor a mais na saúde física, os indivíduos do Norte Europeu diminuem as chances de ter sintomatologia depressiva em 71,68%.

Nos países do Norte da Europa, os indivíduos com sintomatologia depressiva não se distinguem daqueles que não apresentam este tipo de sintomatologia relativamente à situação matrimonial (*married*), nível de escolaridade (*isced\_cat*) e algumas das características das suas redes sociais, como o número de pessoas muito próximas emocionalmente do inquirido (*close\_very*), a proximidade geográfica (*prx\_mean*) e a proximidade emocional (*close\_mean*) da rede social.

### **5.1.2 Sul da Europa**

Para os indivíduos que residem no regime do Sul da Europa (tabela V), por cada nível a mais de satisfação com a rede social, o indivíduo tem menos 8,61% de chances de ter sintomatologia depressiva. Ainda relacionado com as redes sociais, por cada quilómetro de distância média a mais entre o indivíduo

e os elementos da sua rede social, a chance deste ter sintomas depressivos aumentam em 3,75%. Por último, por cada nível a mais na proximidade emocional entre o indivíduo e a sua rede social, as chances deste ter estes sintomas diminuem 16,94%. No Sul Europeu, os homens têm menos 53,44% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres. Para além disso, a cada nível a mais de escolaridade, o indivíduo tem menos 8,92% de chances de ter depressão. Relativamente ao facto de serem casados ou viverem com um parceiro, os indivíduos do Sul têm 15,42% menos chances de ter sintomatologia depressiva. No que concerne à saúde, mais concretamente à saúde física, por cada valor a mais, o indivíduo diminui as suas chances de ter sintomatologia depressiva em 73,82%.

No Sul da Europa, as variáveis não significativas para a explicação da depressão foram o número de pessoas muito próximas emocionalmente do inquirido (*close\_very*) e a idade do mesmo (*age\_int*). Isto significa que, nos países pertencentes a este regime, aqueles que têm sintomatologia depressiva não se distinguem daqueles que não têm no que diz respeito ao número de pessoas muito próximas de si e à sua idade.

### **5.1.3 Centro da Europa**

Em relação às redes sociais, nos países do Centro da Europa (tabela V), por cada pessoa a mais, muito próxima emocionalmente, o indivíduo tem menos 6,62% de chances de ter sintomatologia depressiva. Para além disso, por cada nível a mais de satisfação com a rede social, o indivíduo tem menos 16,09% de chances de ter sintomatologia depressiva, e, por cada quilómetro de distância média a mais entre o indivíduo e a sua rede social, a chance de ter sintomatologia depressiva aumentam 11,06%. Relativamente ao género, os homens têm menos 51,92% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres. No que diz respeito à idade, por cada ano de idade a mais, o indivíduo diminui em 1,34% as chances de ter sintomatologia depressiva, e, à escolaridade, por cada nível de escolaridade a mais, o indivíduo tem menos 15,90% de chances de ter sintomas depressivos. Quanto à saúde, por cada valor a mais na saúde física, os habitantes do Centro Europeu diminuem em 70,57% das chances de ter sintomatologia depressiva.

No regime de bem-estar Centro, quem tem e quem não tem sintomatologia depressiva não se distingue em termos de proximidade emocional com a rede social (*close\_mean*) nem no que diz respeito à situação matrimonial (*married*).

### 5.1.4 Leste da Europa

Ainda de acordo com os resultados apresentados na tabela V, no Leste da Europa, por cada pessoa a mais muito próxima emocionalmente, o indivíduo tem 2,93% menos chances de ter sintomatologia depressiva. Quanto à satisfação com as redes sociais, por cada nível a mais de satisfação com a rede, o indivíduo tem 10,61% menos chances de ter sintomatologia depressiva. No que diz respeito à proximidade física entre os indivíduos e as suas redes sociais, por cada quilómetro de distância média a mais entre estes e a sua rede social, as chances de ter sintomas depressivos aumentam 3,38% e, quanto à proximidade emocional, por cada nível de proximidade a mais entre o indivíduo e a sua rede social, as chances deste ter estes sintomas diminuem 18,13%. Também no Leste da Europa, os homens têm menos 49,56% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres e, por cada ano a mais de idade, o indivíduo diminui 0,46% as suas chances de ter sintomas depressivos. Para os indivíduos que residem nos países do Leste da Europa, por cada nível a mais na escolaridade, o indivíduo tem 15,45% menos chances de ter depressão, e os indivíduos casados ou a viver com um parceiro têm 9,02% menos chances de ter sintomatologia depressiva. Relativamente à saúde física, por cada valor a mais de saúde, o indivíduo diminui 72,34% as suas chances de ter sintomatologia depressiva.

**Tabela V:** Regressão logística para sintomatologia depressiva, segundo os regimes de bem-estar.

	Norte		Sul		Centro		Leste	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Género (masculino)</b>	0,515 (0,44 - 0,59)	0,000	0,465 (0,43 - 0,51)	0,000	0,482 (0,45 - 0,52)	0,000	0,506 (0,46 - 0,55)	0,000
<b>Idade</b>	0,991 (0,98 - 0,99)	0,023	0,999 (0,99 - 1,00)	0,818	0,986 (0,98 - 0,99)	0,000	0,995 (0,99 - 0,99)	0,029
<b>Educação</b>								
Ensino primário (ref.)								
Ensino secundário	1,032 (0,86 - 1,24)	0,737	0,978 (0,87 - 1,09)	0,698	0,724 (0,66 - 0,79)	0,000	0,786 (0,72 - 0,86)	0,000
Ensino pós-secundário	1,022 (0,86 - 1,22)	0,807	0,806 (0,71 - 0,91)	0,001	0,714 (0,65 - 0,79)	0,000	0,729 (0,66 - 0,81)	0,000
<b>Ser casado ou viver com o parceiro</b>	0,923 (0,79 - 1,08)	0,323	0,845 (0,76 - 0,93)	0,001	0,962 (0,89 - 1,05)	0,360	0,910 (0,83 - 0,99)	0,044
<b>Saúde física</b>	0,283 (0,26 - 0,31)	0,000	0,261 (0,24 - 0,28)	0,000	0,294 (0,28 - 0,31)	0,000	0,277 (0,26 - 0,29)	0,000
<b>Número de pessoas muito próximas</b>	0,998 (0,94 - 1,05)	0,933	0,987 (0,96 - 1,02)	0,43	0,935 (0,91 - 0,96)	0,000	0,971 (0,94 - 1,00)	0,075
<b>Satisfação com as redes sociais</b>	0,852 (0,80 - 0,91)	0,000	0,914 (0,88 - 0,95)	0,000	0,839 (0,81 - 0,87)	0,000	0,894 (0,87 - 0,92)	0,000
<b>Proximidade geográfica com as redes sociais</b>	1,014 (0,96 - 1,07)	0,626	1,037 (1,01 - 1,07)	0,018	1,108 (1,08 - 1,14)	0,000	1,034 (1,01 - 1,06)	0,023
<b>Proximidade emocional com as redes sociais</b>	0,961 (0,83 - 1,11)	0,597	0,831 (0,77 - 0,89)	0,000	0,998 (0,93 - 1,07)	0,947	0,818 (0,76 - 0,88)	0,000

Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados não ponderados.

### 5.2 Sintomatologia depressiva nos países do regime de bem-estar do Sul da Europa

Depois de realizada a análise a cada um dos regimes de bem-estar da Europa, optou-se por analisar, com maior pormenor, cada um dos países de um regime específico: o Sul da Europa (tabela VI). Esta decisão foi tomada tendo em conta que este regime integra Portugal, país onde nasci, cresci e onde vivo. Esta decisão prende-se também com o facto de Portugal ser um dos países com maior

proporção de pessoas com sintomatologia depressiva, pelo que é relevante conhecer os fatores que “explicam” esta sintomatologia.

### **5.2.1 Portugal**

De acordo com a tabela VI, em Portugal, por cada nível a mais na proximidade emocional entre o indivíduo e a sua rede social, as chances deste ter sintomatologia depressiva diminuem 30,55%. Relativamente ao género, os homens têm menos 63,12% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres. Já no que diz respeito à escolaridade, por cada nível a mais de escolaridade, o indivíduo tem menos 25,5% de chances de ter depressão. Neste país, os indivíduos casados ou a viver com um parceiro têm 29,78% menos chances de terem sintomatologia depressiva. Por último, quanto à saúde, por cada valor a mais na saúde física, o indivíduo diminui as chances de ter sintomatologia depressiva em 74,81%.

No nosso país, os indivíduos com sintomatologia depressiva não se distinguem dos que não têm esta sintomatologia relativamente à idade (*age\_int*) e a três aspetos relacionados com a sua rede social: o número de pessoas muito próximas emocionalmente (*close\_very*), a satisfação com a rede social (*sn\_satisfaction*) e a proximidade geográfica com esta (*prx\_mean*).

### **5.2.2 Espanha**

No que diz respeito às redes sociais, em Espanha (tabela VI), por cada pessoa a mais na rede social, muito próxima emocionalmente, os indivíduos têm menos 5,77% de chances de terem sintomatologia depressiva. Para além disso, por cada nível de proximidade emocional a mais entre os indivíduos e a sua rede social, as chances destes terem sintomatologia depressiva diminuem 14,19%. Por cada nível a mais de satisfação com a rede social, o indivíduo tem menos 14,32% de chances de ter sintomatologia depressiva. Por último, em termos de distância física entre as residências, por cada quilómetro de distância média a mais entre os indivíduos e a sua rede social, as chances destes terem sintomatologia depressiva aumentam 7,98%. Neste país, os homens têm menos 57,27% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres e, ainda neste país, por cada ano a mais de idade, o indivíduo aumenta 1,18% das chances de ter esta sintomatologia. Quanto à escolaridade, por cada nível de escolaridade a mais, os indivíduos têm menos 20,68% de chances de ter sintomatologia depressiva. Relativamente à saúde física, por cada valor de saúde física a mais, as chances de ter sintomatologia depressiva diminuem em 83,19%.

Neste país, os indivíduos com ou sem sintomatologia depressiva não se distinguem quanto à sua situação matrimonial (*married*).

### **5.2.3 Itália**

Em Itália (tabela VI), quanto às redes sociais dos indivíduos, por cada nível a mais de satisfação com a rede social, estes têm menos 12,16% de chances de ter sintomas depressivos, e, por cada nível a mais na proximidade emocional entre os indivíduos e a sua rede social, as chances destes terem sintomas depressivos diminuem em 11,86%. Os homens têm menos 54,04% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres. Por cada nível a mais de escolaridade, os indivíduos têm menos 14,2% de chances de terem depressão. Neste país do Sul da Europa, os indivíduos casados ou a viver com um parceiro têm 20,03% menos chances de terem sintomatologia depressiva. Relativamente à saúde física, por cada valor a mais de saúde, o indivíduo diminui as chances de ter sintomatologia depressiva em 75,21%.

Ainda neste país, há determinadas características que não distinguem os indivíduos com sintomatologia depressiva daqueles que não têm esta sintomatologia, sendo estas a idade (*age\_int*) e, relativamente às redes sociais, o número de pessoas muito próximas emocionalmente do inquirido (*close\_very*) e a proximidade geográfica entre este e a sua rede social (*prx\_mean*).

### **5.2.4 Grécia**

Na Grécia (tabela VI), por cada nível a mais de satisfação com a rede social, os indivíduos têm menos 8,11% de chances de ter sintomatologia depressiva. No que diz respeito ao género, os homens têm menos 45,17% de chances de ter sintomatologia depressiva do que as mulheres. Por cada valor a mais na saúde física, o indivíduo diminui as chances de ter sintomatologia depressiva em 62,5%.

Ainda na Grécia, aqueles que têm sintomatologia depressiva e os que não têm não se distinguem quanto à idade (*age\_int*), escolaridade (*isced\_cat*), situação matrimonial (*married*) e ainda em algumas características da sua rede social (número de pessoas muito próximas de si (*close\_very*), proximidade emocional (*close\_mean*) e geográfica (*prx\_mean*) com a rede social).



**Tabela VI:** Regressão logística para sintomatologia depressiva, segundo os países do Sul da Europa.

	Portugal		Espanha		Itália		Grécia	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Género (masculino)</b>	0,368 (0,29 - 0,48)	0,000	0,428 (0,36 - 0,50)	0,000	0,462 (0,39 - 0,55)	0,000	0,549 (0,47 - 0,64)	0,000
<b>Idade</b>	1,002 (0,99 - 1,02)	0,819	1,011 (1,00 - 1,02)	0,007	0,995 (0,99 - 1,00)	0,267	0,995 (0,99 - 1,00)	0,215
<b>Educação</b>								
Ensino primário (ref.)								
Ensino secundário	0,883 (0,57 - 1,37)	0,578	0,639 (0,47 - 0,87)	0,005	0,71 (0,57 - 0,88)	0,002	1,097 (0,92 - 1,30)	0,294
Ensino pós-secundário	0,52 (0,34 - 0,80)	0,003	0,675 (0,51 - 0,89)	0,005	0,825 (0,64 - 1,07)	0,149	0,804 (0,66 - 0,97)	0,025
<b>Ser casado ou viver com o parceiro</b>	0,699 (0,51 - 0,96)	0,025	0,870 (0,72 - 1,05)	0,137	0,801 (0,65 - 0,98)	0,034	0,869 (0,73 - 1,04)	0,122
<b>Saúde física</b>	0,252 (0,20 - 0,31)	0,000	0,168 (0,15 - 0,19)	0,000	0,248 (0,22 - 0,28)	0,000	0,373 (0,33 - 0,42)	0,000
<b>Número de pessoas muito próximas</b>	1,051 (0,95 - 1,16)	0,326	0,942 (0,89 - 0,99)	0,037	1,024 (0,95 - 1,01)	0,524	1,022 (0,96 - 1,09)	0,494
<b>Satisfação com as redes sociais</b>	1,009 (0,91 - 1,12)	0,868	0,855 (0,83 - 0,91)	0,000	0,879 (0,82 - 0,94)	0,000	0,92 (0,86 - 0,99)	0,016
<b>Proximidade geográfica com as redes sociais</b>	1,019 (0,93 - 1,13)	0,679	1,082 (1,02 - 1,15)	0,009	1,043 (0,98 - 1,11)	0,177	1,03 (0,98 - 1,08)	0,264
<b>Proximidade emocional com as redes sociais</b>	0,696 (0,54 - 0,89)	0,005	0,859 (0,74 - 1,00)	0,050	0,882 (0,78 - 1,00)	0,057	0,995 (0,85 - 1,17)	0,953

Fonte: SHARE, vaga 6, release 7.0.0. N = 67173. Dados não ponderados.

### 5.3 Síntese do capítulo

Numa análise por regime de bem-estar constata-se que, no Norte da Europa, aqueles que têm mais chances de ter sintomatologia depressiva são as mulheres, indivíduos com menos idade, pessoas menos saúde física e aqueles que estão menos satisfeitos com as redes sociais. No Sul Europeu, aqueles que apresentam maior sintomatologia depressiva são também as mulheres, indivíduos com escolaridade mais reduzida, pessoas não casadas ou que não vivem com um parceiro, aqueles com menos saúde física, indivíduos que se encontram menos satisfeitos com as redes sociais e pessoas em que a distância geográfica e distância emocional entre si e as suas redes é maior. No Centro da Europa, são as mulheres, pessoas com menos idade, indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo, aquele que têm menos saúde física, indivíduos com menos pessoas próximas nas redes sociais, com menor satisfação com estas e com maior distância geográfica entre si e a residência destas redes as que apresentam maior sintomatologia depressiva. Por último, no Leste da Europa, os que têm mais chances de ter sintomatologia depressiva são as mulheres, indivíduos com idade e escolaridade mais reduzidas, aqueles que não são casadas ou que não vivem com um parceiro e pessoas com menos saúde física. Para além disso, são também aquelas que têm menos pessoas próximas da sua rede social, menor satisfação com esta e menor proximidade emocional e proximidade geográfica entre si e os elementos das redes sociais.

Em Portugal, aqueles que têm mais chances de ter sintomatologia depressiva são as mulheres, com um nível de escolaridade mais baixo, solteiras, viúvas ou separadas, com menos saúde física e com menor proximidade emocional com as redes sociais. Já na Espanha são as mulheres, com idade média superior, escolaridade mais baixa, com valores de saúde física também mais baixos, com menos pessoas próximas da rede social, menor satisfação com esta e menor proximidade emocional e proximidade geográfica entre si e os elementos da rede social. Na Itália, os que têm mais chances de ter

sintomatologia depressiva são as mulheres, com menos escolaridade, não casadas ou que não vivem com um parceiro, com menos saúde física, que apresentam menor satisfação com as redes sociais e proximidade emocional com os elementos que constituem estas. Por fim, na Grécia, são as mulheres, com menos saúde física e menos satisfeitas com as redes sociais que apresentam mais sintomas depressivos.

## **CAPÍTULO 6**

### Discussão de resultados

Neste último capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos nas análises estatísticas descritivas e nas análises de regressão apresentadas. O capítulo encontra-se dividido em cinco partes que compreendem a análise da sintomatologia depressiva por país, por regime de bem-estar e por género, por um lado, e a análise da sintomatologia depressiva em cada um dos regimes de bem-estar (Norte, Sul, Centro e Leste) e em cada um dos países que integram o regime do sul da Europa, por outro lado. Ao longo do capítulo, os resultados são confrontados com dados recolhidos na literatura científica.

### **6.1 Sintomatologia depressiva por país**

De acordo com os resultados obtidos nas análises comparativas entre países é possível verificar que um indivíduo com sintomatologia depressiva tem, no geral, um menor número de indivíduos na sua rede social, o nível de satisfação com a rede é baixo e a proximidade geográfica e emocional com os elementos que constituem a rede social é reduzida. Em certos países, para os idosos, a família constitui um grande apoio nos cuidados de saúde que têm de ser prestados, seja na concretização do tratamento em si, como na evolução da doença. Desta forma, no caso da depressão não é diferente e o apoio social é um fator determinante para prever o desfecho que a depressão pode ter em pessoas idosas (Martire & Schulz, 2007; National Institutes of Health, 2001 *apud* Saintrain, Bandeira, Nobre & Sandrin, 2018, p. 3). Para além disto, Torres *et al.* (2009) realizou um estudo acerca das dificuldades que as famílias têm, hoje em dia, para prestar cuidados aos idosos, e avaliou o impacto que isto tem na dinâmica familiar e na qualidade de vida do próprio idoso. Nesta pesquisa percebeu que, quando um idoso perceciona as suas dificuldades familiares, a probabilidade de este ter sintomatologia depressiva aumenta (*apud* Mendes-Chiloff *et al.*, 2018, p. 12).

Em todos os países, os valores da sintomatologia depressiva são mais elevados no género feminino do que no género masculino e, para além disto, na análise destacam-se também as grandes diferenças entre mulheres e homens de Portugal e Espanha, isto é, nestes países, indivíduos do género feminino são muito mais deprimidos do que indivíduos do género masculino. Em 1977, Weissman e Klerman realizaram um dos primeiros estudos acerca da relação entre depressão e género e, a partir daí, foram realizadas várias pesquisas sobre a mesma relação, com o fim de perceber o porquê de, no geral, a prevalência da depressão ser superior nas mulheres, quando comparada com os homens (Baptista, Baptista & Oliveira, 1999, p. 144). De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (1994) e Lafer (1996), o risco de se observar um transtorno depressivo ao longo da vida “é de 10 a 25% para

mulheres e 5 a 12% para os homens, o que coloca as mulheres, a partir da adolescência, com uma prevalência duas vezes maior do que os homens” (*apud* Baptista, Baptista & Oliveira, 1999, p. 144).

As mulheres vivem, no geral, mais anos do que os homens e adaptam-se mais dificilmente às alterações físicas que sofrem (Fernandes *et al.*, 2009; Lima & Bueno, 2009; Oliveira, Bezerra, Silva, Alves, Moreira & Caldas, 2012; Smith *et al.*, 2015; Taylor, 2014 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 210). São também as mais afetadas no que diz respeito à depressão devido à baixa escolaridade, ao facto de ainda serem vitimizadas em determinadas sociedades e também ao facto de serem aquelas que estão mais expostas a situações de stress (Baptista, Baptista & Oliveira, 1999 *apud* Lopes *et al.*, 2015, p. 528). Isto explica os resultados obtidos nos vários países estudados, o que comprova também, uma vez mais, aquilo que a literatura tem, ao longo dos anos, vindo a afirmar, isto é, que a depressão afeta mais indivíduos do género feminino do que do género masculino.

Também na análise da sintomatologia depressiva por país e género, verificou-se que nos países nórdicos Dinamarca e Suécia, a ocorrência de sintomatologia depressiva é menos elevada, enquanto que as mulheres portuguesas e os homens polacos são aqueles que apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva. “As autoavaliações de saúde costumam ser baseadas em comparações sociais com colegas ou expectativas culturais”, o que faz com que indivíduos residentes em países diferentes tenham interpretações da saúde também elas diferentes. Assim, quando indivíduos de países diferentes classificam a sua saúde, classificam-na de acordo com a sua cultura, o que leva a que, aquilo que para uma pessoa é considerado “boa saúde”, para outra pode ser encarada como “má saúde” (Jorges, 2007 *apud* Mojtabai, 2015). Desta forma, percebemos que os indivíduos de países como a Dinamarca e a Suécia podem ter uma perceção de saúde diferente daquela que os de Portugal e Espanha têm, levando às diferenças verificadas nos valores de sintomatologia depressiva. Além disso, os indivíduos dos países nórdicos podem ter condições socioeconómicas diferentes e também uma forma diferente de encarar as redes sociais e a relação que têm com estas, quando comparados com os indivíduos de países do Sul da Europa, o que poderá explicar as diferenças nos resultados obtidos.

## **6.2 Sintomatologia depressiva por regime de bem-estar**

Nos regimes de bem-estar existentes na Europa foi também possível verificar diferenças entre a ocorrência de sintomatologia depressiva nos dois géneros, sendo que, nas mulheres, os valores desta sintomatologia são sempre superiores. Desta forma, mais uma vez, verifica-se aquilo que a literatura tem vindo a demonstrar, visto que, segundo alguns estudos, a depressão é “duas vezes mais prevalente em

mulheres do que em homens” (Angs *et al.*, 2002; Weissman *et al.*, 1996 *apud* Justo & Calil, 2006, p. 75). Isto ocorre devido a alguns fatores, como o facto de as mulheres serem, muitas vezes e em algumas sociedades, vitimizadas, de terem direitos diferentes dos homens, bem como diferentes status em relação a estes. Assim, ao serem vitimizadas, as mulheres sofrem, muitas vezes, vários tipos de violência, o que leva a que se encontrem mais expostas à depressão (Baptista, Baptista & Oliveira, 1999 *apud* Lopes *et al.*, 2015, p. 528).

Para além disto, há outros fatores que também influenciam a maior ocorrência de sintomatologia depressiva no género feminino, como a baixa escolaridade, baixo rendimento (Lopes, Fernandes, Dantas & Medeiros, 2015, p. 528), e há até autores que defendem que esta ocorrência é influenciada por aspetos biológicos e psicossociais. Assim, no que diz respeito a aspetos biológicos, “uma revisão de estudo epidemiológico concluiu que a diferença de prevalência entre sexos para a depressão maior surge na adolescência, quando ocorrem mudanças hormonais” (Kessler, 2003 *apud* Justo & Calil, 2006, p.76). Já no que concerne a aspetos psicossociais, é sabido que, nos últimos anos, a mulher tem adquirido cada vez mais funções, fazendo com que acumule várias tarefas, uma vez que esta assume, muitas vezes, as funções domésticas e ainda um emprego, que lhe permite contribuir para as despesas do agregado (Aube *et al.*, 2000; Martire *et al.*, 2000; Kandel *et al.*, 1986 *apud* Justo & Calil, 2006, p. 76).

Nos quatro regimes de bem-estar, no género feminino, verificam-se menores valores de sintomatologia depressiva no Norte da Europa e mais elevados no Sul e Leste, e no género masculino, os valores mais baixos são também verificados no Norte, enquanto que os mais elevados se verificam apenas no Leste Europeu. Estas diferenças entre regimes, nos dois géneros, podem ser explicadas através das diferenças culturais verificadas entre eles. “Diferenças culturais podem influenciar a interpretação dos sintomas e o significado que lhes é atribuído, pelo grau de estigma em torno da saúde mental, dificultando o acesso aos serviços de saúde disponíveis e reduzindo o apoio social desses idosos” (Paradela, Lourenço & Veras, 2005 *apud* Alvarenga, Oliveira & Faccenda, 2012, p. 498).

### **6.3 Sintomatologia depressiva por género**

A análise da sintomatologia depressiva por género, tendo em conta características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos, permite constatar que as características dos indivíduos deprimidos são idênticas nos dois géneros. Assim, um indivíduo que apresente sintomas depressivos tem, no geral, idade média superior, e isto ocorre porque, com o passar dos anos, “há diminuição na qualidade e na quantidade de informações necessárias para um controle emocional eficiente”, e também

porque, à medida que o tempo passa, os indivíduos sofrem determinadas perdas na sua vida, seja a morte de familiares, de certas relações, entre outras, que impulsionam a ocorrência da depressão (Mehta *et al.*, 2002 *apud* Maciel & Guerra, 2006, p. 31).

Além disso, indivíduos com sintomatologia depressiva têm baixa escolaridade, sendo que foi já provado que idosos com níveis de escolaridade mais baixos possuem valores mais elevados de depressão (Leite *et al.*, 2006; Gazalle *et al.*, 2004 *apud* Teixeira, Nunes, Ribeiro, Arbinaga & Vasconcelos-Raposo, 2016, p. 63). De acordo com Hartmann & Gomes, (2016), a baixa escolaridade leva a um declínio cognitivo que, por sua vez, pode levar à demência e, conseqüentemente, à depressão e ansiedade (*apud* Maximiano-Barreto & Femoseli, 2017, p. 809).

Outra característica dos indivíduos com sintomatologia depressiva é o facto destes não serem casados nem viverem com um parceiro, o que significa que são solteiros, viúvos ou separados. Morar só pode levar a uma redução do suporte e trocas sociais, o que, conseqüentemente, pode levar a que os indivíduos sintam mais solidão, levando ao aparecimento da sintomatologia depressiva (Fernandes *et al.*, 2009; Sass *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2009; Unützer & Parker, 2012 *apud* Lampert & Ferreira, 2018, p. 211). Pacheco (2002) e Gazalle *et al.* (2004) realizaram estudos que comprovam que a ausência de um parceiro pode levar a que sejam desenvolvidos sintomas depressivos (*apud* Teixeira, Nunes, Ribeiro, Arbinaga & Vasconcelos-Raposo, 2016, p. 62). Também Oliveira *et al.* (2012) realizou um estudo onde verificou que as pessoas idosas revelam como maior trauma a perda do seu companheiro. Além disto, o mesmo autor afirma que “pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão que as casadas” e, por isso, os viúvos apresentam mais sintomas depressivos, pela dor que sentem devido à perda e pelo isolamento social que ocorre como consequência dessa mesma perda (*apud* Lopes, Fernandes, Dantas & Medeiros, 2015, p. 528). Relativamente ao luto e à perda de um companheiro, é possível verificar que “após um período de 6 meses, 24% a 30% apresentam um quadro depressivo, ao longo de 1 ano, 16% apresentam depressão e em torno de 2 anos, 15% apresentam depressão” (Drago, 2011, p. 61).

De acordo com Lima *et al.* (2016), a família constitui um grande apoio na depressão em idosos, uma vez que estes, muitas vezes, podem sentir-se incapazes, o que pode fazer com que se sintam também desprezados na sociedade em que vivem. Desta forma, o apoio da família e das redes sociais é essencial para o idoso, visto que, com este apoio, as hipóteses de este se isolar são mais reduzidas, o que leva a que a prevenção e tratamento da depressão sejam facilitados (*apud* Ramos *et al.*, 2018, p. 3). No entanto, há autores que defendem outra perspectiva. Torres *et al.* (2009) afirmam que, nos dias

de hoje, certas famílias têm dificuldade em prestar assistência aos seus idosos, o que tem consequências tanto na dinâmica familiar como na própria qualidade de vida dos idosos. Assim, segundo estes autores, quando o idoso tem a percepção desta dificuldade, pode desenvolver sintomas depressivos (*apud* Mendes-Chiloff *et al.*, 2018, p. 12).

Também a saúde física pode influenciar a ocorrência de sintomatologia depressiva e, por isso, o número de sintomas depressivos pode ser mais elevado quanto menor for a saúde física do indivíduo. Como demonstram alguns estudos realizados, o facto de os indivíduos terem doenças crónicas leva a que estes encarem a sua saúde como menos boa, o que pode levar ao aparecimento de sintomas depressivos (Barros *et al.*, 2006 *apud* Mendes-Chiloff *et al.*, 2018, p. 12). Por exemplo, de acordo com Ribeiro *et al.* (2004) e Luiz *et al.* (2009), o declínio da acuidade visual pode levar a uma diminuição da qualidade de vida do indivíduo e também ao aumento da ocorrência de depressão, uma vez que esta perda da visão “afeta o desempenho das atividades diárias, restringe a participação social e limita o desempenho em atividades que os idosos desejam ou precisam” (*apud* Mendes-Chiloff *et al.*, 2018, pp. 11-12).

#### **6.4 Sintomatologia depressiva em cada um dos regimes de bem-estar da Europa**

Na análise da ocorrência de sintomatologia depressiva nos quatro regimes de bem-estar, foi notório que há determinadas características que definem os indivíduos com menos chances de ter depressão em todos os regimes, como por exemplo, o facto de, em todos eles, os homens serem aqueles que possuem esta menor chance. No entanto, ao contrário do que tem vindo a ser observado, nos regimes Norte, Centro e Leste da Europa, as chances de ter sintomatologia depressiva diminuem com o avançar da idade, o que significa que, quantos mais anos de idade têm os indivíduos destes três regimes, menor é a chance de terem sintomas depressivos. Prince *et al.* (1999) realizou um estudo através do qual concluiu que não existe tendência para a depressão aumentar ou diminuir com o passar da idade, enquanto que outros estudos permitiram concluir que a ocorrência de depressão diminui com o aumento da idade, como por exemplo, um estudo realizado por Jorm (2000) (*apud* Snowdon, 2002, p. 43).

#### **6.5 Sintomatologia depressiva nos países do regime de bem-estar do Sul da Europa**

A análise realizada sobre cada um dos países do Sul da Europa permitiu concluir que, em todos os países, as mulheres são aquelas que apresentam mais sintomas depressivos. Para além disso, nos



quatro países, o facto de os indivíduos terem menos saúde física leva a que tenham mais sintomas depressivos.

Nesta análise é interessante perceber que a Espanha é o único país deste regime de bem-estar onde as chances de ter sintomatologia depressiva aumentam com o passar da idade, isto é, um indivíduo tem menos chances de ter sintomas depressivos quanto menor for a sua idade, enquanto que nos outros três países (Portugal, Itália e Grécia) a idade não é um fator determinante para a depressão. Relativamente a esta questão, foram realizados vários estudos através dos quais se concluiu que o aparecimento de depressão aumenta com o aumento da idade, como por exemplo, o estudo realizado por Roberts, Kaplan, Shema e Strawbridge, em 1997 (*apud* Snowdon, 2002, p. 43).

## **CONCLUSÃO**

Através deste estudo percebe-se que, relativamente às redes sociais, se o número de indivíduos que as constituiu for reduzido, se houver pouca satisfação com estas e se houver também pouca proximidade emocional e geográfica com os indivíduos que constituem estas redes, a ocorrência de sintomatologia depressiva tende a ser mais elevada. Com o estudo realizado percebeu-se também que são várias as características sociodemográficas e de saúde que influenciam a ocorrência de sintomatologia depressiva. Nos dois géneros, verificou-se que, indivíduos deprimidos têm, geralmente, idade média superior, escolaridade baixa, menos saúde física, e, no que diz respeito ao estado civil, são solteiros, viúvos ou separados.

Conclui-se, também, de acordo com a análise da sintomatologia depressiva por país e género, que há diferenças em todos os países e entre os dois géneros, no que diz respeito à prevalência de sintomas depressivos, sendo que, em todos esses países, os valores desta sintomatologia são sempre mais elevados no género feminino do que no masculino.

Relativamente aos dados sobre os quatro regimes de bem-estar da Europa, é também evidente uma diferença entre os dois géneros em todos eles, sendo que, uma vez mais, as mulheres constituem o grupo de indivíduos que deprimem mais. Para além disso, de todos os regimes, aquele que apresenta valores de sintomatologia depressiva mais baixos é o Norte da Europa, enquanto que o Sul e o Leste da Europa são as regiões que apresentam valores mais elevados desta sintomatologia.

Com a realização deste estudo foi possível, então, obter informações acerca da sintomatologia depressiva nos vários países da Europa, bem como nos quatro regimes de bem-estar deste continente. Pudemos, também, analisar as diferenças nas características sociodemográficas e de saúde daqueles que têm depressão, o que permitiu perceber que, por exemplo, em Portugal os indivíduos deprimem mais do que nos países nórdicos, como a Dinamarca. Para além disso, percebeu-se que as mulheres portuguesas e os homens polacos são aqueles que têm valores de sintomatologia depressiva mais elevados, quando comparadas com os valores de mulheres e homens dos restantes países. Quanto aos regimes de bem-estar da Europa, verificou-se que as diferenças entre géneros, no que diz respeito à sintomatologia depressiva, são mais elevadas no regime Sul da Europa, e também que os valores mais elevados de sintomatologia depressiva nos homens se verificam no Leste Europeu, enquanto que nas mulheres se verificam no Leste, mas também no Sul da Europa.

Além destes resultados, que são resultados importantes para o estudo da depressão, foram também obtidos outros que eram mais espectáveis. Isto porque, de acordo com a literatura que foi sendo recolhida, era esperado que, por exemplo, as mulheres deprimissem mais do que os homens, visto que,

ao longo dos anos esse dado já tinha sido comprovado. Já os resultados obtidos acerca das redes sociais são resultados inovadores e importantes, mas também eles eram, de certa forma, espectáveis, visto que, aquilo que é esperado, pela sociedade em geral, é que um indivíduo deprimido tenha menos indivíduos nas suas redes sociais, que se encontre menos satisfeito com estas redes e que tenha pouca proximidade geográfica e emocional com os indivíduos que as constituem, aspetos que, de facto, se verificaram.

Ao longo do tempo em que esta dissertação foi elaborada deparei-me com alguns obstáculos à sua realização. Em primeiro lugar, relativamente à literatura, há um baixo número de artigos e estudos acerca das características dos indivíduos deprimidos e, aqueles que existem, focam-se em características tais como as diferenças entre os géneros. Depois da fase da revisão da literatura, quando passei à análise e discussão dos resultados, tive dificuldades em encontrar estudos com os quais pudesse comparar os resultados que obtive, principalmente no que diz respeito às redes sociais.

Para finalizar, considero relevante fazer algumas recomendações para as políticas sociais. Assim, considero importante a criação de políticas relacionadas com a proteção social dos idosos e, ainda mais, daqueles que nesta fase da vida se encontram deprimidos, visto que estão mais debilitados a nível emocional. Sugiro também a criação de consultas de Psicologia e Psiquiatria para idosos, nos centros de saúde, para que, através destas, seja prevenida, diagnosticada e tratada a depressão. Podem, também, ser realizadas iniciativas que auxiliem no envelhecimento ativo dos indivíduos idosos, para que se possa prevenir, ainda mais, a ocorrência de depressão nesta faixa etária.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Andersen-Ranberg, K., Belloni, M., Bergmann, M., Börsch-Supan, A., Börsch-Supan, M., Brugiavini, A., Buia, R. E., Das, M., Bruijne, M., Luca, G., Friedel, S., Jansse, J., Kalwij, A., Kotte, M., Litwin, H., Malter, F., Martens, M., Nielsen, C. R., Sand, G., Scherpenzeel, A., Schmidutz, D., Schwartz, E., Stuck, S., Wielen, I., Wagner, M., Weiss, L. & Wijnant, A. (2017). SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Angst, J. *et al.* (2002). Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(5), 201-9.

Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C. & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análises dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 497-503. Consultado em 15 janeiro, 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023889003.pdf>

Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., Faccenda, O., Cerchiari, E. A. N. C., & Amendola, F. (2010). Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 217-24.

APA (2002). DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – 4º edição. Lisboa: Climepsi.

Aube, J., Fleury, J. & Smetana, J. Changes in women's roles: impact on and social policy implications for the mental health of women. (2000) *Dev Psychopathol*, 12, 633-56.

Baptista, N. N., Baptista, A. S. D. & Oliveira, M. G. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas Psicol*, 7(2), 143-56.

Barbosa, A. R., Souza, J. M., Lebrao, M. L., Laurenti, R., Marucci, M. F. N. (2005). Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE survey. *Cad Saude Publica*, 21, 1177-85.

Barros, M. B. A., Zanchetta, L. M., Moura, E. C. & Malta, D. C. (2006). Auto-avaliação da saúde e fatores associados. *Revista Saúde Pública* 2009, 43(Suppl 2), 27-37.

Batistone, S. S. T., & Neri, A. L. (2007). Percepção de classe social entre idosos e suas relações com aspectos emocionais do envelhecimento. *Psicologia em Pesquisa*, 1(2), 03-10.

Borges, L. J., Benedetti, T. B., Xavier, A. J., & D'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo Epi Floripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710.

Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N, Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12.

Brum, A. C. (2019). *Narrativas autobiográficas sobre depressão nas redes sociais: uma análise dos testemunhos de celebridades do YouTube* (Projeto de pesquisa/2019). Rio de Janeiro, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Consultado em 5 abril, 2021, de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35897>

Butterworth, S. C. P., Gill, B., Rodgers, K. J. & Anstey, E. (2006). Villamil, D. Melzer, Retirement and mental health: analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Soc. Sci. Med.*, 62, 1179–1191.

Camargo, R. D. M., Sousa, C. D. O., & Oliveira, M. L. C. D. (2014). Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 392-403.

Castro, A., Gonçalves, D. & Lopes, M. (2008). Atividade física, estados de humor e depressão. *Estudos de Psicologia do Exercício e Saúde*, 1, 125-134.

Clarke, P., Marshall, V., House, J. & Lantz, P. (2011). The Social Structuring of Mental Health over the Adult Life Course: Advancing Theory in the Sociology of Aging. *Social Forces*, 89(4), 1287-1314. Consultado em 5 junho, 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210581/>

Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, G. A., & Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 227-230.

Costa, M. F. L., Guerra, H. L., Firmo, J. S. & Uchoa, E. (2001). Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Informe Epidemiológico do SUS*, 4,147-61.

De Moraes, E., Carvalho, C., Euqeres, L., Viana, F., Fantinati, A., & Rassi, S. (2018). Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. *Revista EVS - Revista de Ciências Ambientais e Saúde*, 45(1), 71-79.

Dewey, M., & Prince, M. (2005). Mental Health. In A. Borsch-Supan & H. Jorges (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe- First results from survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. (pp. 108–117). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).

Dillon, C., Machnicki, G., Serrano, C. M., Rojas, G., Vazquez, G. & Allegri, R. F. (2011). Clinical manifestations of geriatric depression in a memory clinic: Toward a proposed subtyping of geriatric depression. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 177-187.

Dow, B. & Meyer, C. (2010). Caring and retirement: Crossroads and consequences. *Int. J. Health Serv.*, 40, 645–665.

Drago, S. M. M., S. (2011). *Depressão no idoso*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. Consultado em 20 novembro, 2020, de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1663>

Ehrenberg, A. (2010). *La Société du Malaise*. Paris: Édition Odile Jacob.



Ehrenberg, A. (2004). Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora*, 7(1), 143-153. Consultado em 5 abril, 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/agora/v7n1/v7n1a09>

Feitosa, F. B. (2014). A Depressão Pela perspectiva Biopsicossocial e a Função Protetora das Habilidades Sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 488-499. Consultado em 3 maio, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200016&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200016&script=sci_abstract&lng=pt)

Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S., & Costa, K. N. F. M. (2009). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1), 19-27.

Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389.

Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., Porto, J., & Brasil, M. (2005). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 25(2), 114-122.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S. & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41-49. Consultado em 6 maio, 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832015000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832015000100005&lng=pt&nrm=iso)

Gazalle, F., Lima, M., Tavares, B. & Hallal, P. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-371.

Gerritsen, D., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Leontjevas, R., Adang, E. M., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Derksen, E., & Koopmans, R. T. C. M. (2011). Act in case of depression: The evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 11, 91.

- Gulich, I., Duro, S. M. S. & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira Epidemiol*, 19(4), 691-701. Consultado em 7 maio, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400691&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400691&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Gusmão, R. (2005). *Depressão: Detecção, diagnóstico e tratamento: Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos cuidados de saúde primários*. Dissertação de doutoramento.
- Hong, S. I., Hasche, L. & Bowland, S. (2009). Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *Gerontologist*, 49(1), 1-11.
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med*, 30, 11-22.
- Jurges, H. (2007). True health vs. response styles: Exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Economics*, 16, 163-178.
- Junior, J. A. S. H. & Gomes, G. C. (2016). Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, 21(1).
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres?. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79. Consultado em 25 novembro, 2020, de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-60832006000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-60832006000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Kandel, D. B., Davies, M. & Ravies, V. H. The stressfulness of daily social roles for women: marital, occupational and household roles. (1986). *J Heath Soc Behav*, 26, 64-78.
- Kendler, K. S., Karkowisk, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women depression. *J Affect Disord*, 74(1), 5-13.
- Kiely, K. M., Brady, B. & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76-84.

Koenig, H. G. (2007). Religion and depression in older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(4), 282-91.

Lafer, B. (1996). Transtornos do humor. Em O. P. Almeida; L. Drateu e R. Laranjeira (eds.), *Manual de psiquiatria* (cap 8, pp. 113-126). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lampert, C. D. T. & Ferreira, V. R. T. (2018). Fatores Associados à Sintomatologia Depressiva em Idosos. *Avaliação Psicológica*, 17(2), 205-212. Consultado em 12 maio, 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712018000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000200007&lng=pt&nrm=iso)

Leite, V., Carvalho, E. M., Barreto, K., & Falcão, I. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 31-38.

Lima, A. M. P. et al. (2016). Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 6(2), 96-103.

Lopes, J. M., Fernandes, S. G. G., Dantas, F. G & Medeiros, J. L. A. (2015). Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(3), 521-531. Consultado em 11 maio, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000300521&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000300521&script=sci_abstract&tlng=pt)

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.

Luiz, L. C., Rebelatto, J. R., Coimbra, A. M. V. & Ricci, N. A. (2009). Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Revista Brasileira Fisioterapia*, 13(5), 444-50.

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 latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221.

Maciel, A. C. C. & Guerra, R. O. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 26-33. Consultado em 4 maio, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100004)

Mafra, S. C. T. (2011). A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 353-363.

Mann, A. (2001). Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas*, 38(1), 53-8.

Martire, L. M. & Schulz, R. (2007). Involving Family in Psychosocial Interventions for Chronic Illness. *Curr Dir Psychol Sci*, 16(2), 90-94.

Martire, L. M., Stephens, M. A. & Townsend, A. L. Centrality of women's multiple roles: beneficial and detrimental consequences for psychological well-being. (2000). *Psychol Aging*, 15, 148-56.

Matos, A. I. P., & Mourão, I. & Coelho, E. (2016). Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motricidade*, 12(2), 38-47. Consultado em 9 maio, 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-107X2016000200006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2016000200006)

Maximiano-Barreto, M. A. & Feroseli, A. F. O. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/Al. *Psicologia, saúde e doenças*, 18(3), 801-813. Consultado em 5 maio, 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862017000300014](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000300014)

Mehta, K. M., et al. Cognitive impairment, depressive symptoms and functional decline in older people. (2002). *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 1045-50.

Mendes-Chiloff, C. L., Lima, M. C. P., Torres, A. R., Santos, J. L. F., Duarte, Y. O., Lebrão, M. L. & Cerqueira, A. T. A. R. (2018). Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study). *Revista Brasileira Epidemiol*, 21(Suppl 2), 1-16. Consultado em 10 novembro, 2020, de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85061158234&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=depress%20a3o&st2=&sid=b88718823af14b4a6178e70db7edebdf&sot=b&sdt=b&sl=24&s=TITLE-ABS-KEY%28depress%20a3o%29&relpos=11&citeCnt=0&searchTerm=>

Minghelli, B., Tome, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 71-76.

Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G. & Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*, 57(3), 155-61.

Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1992). Age and Depression. *Health and Social Behavior*, 33(3), 187-205.

Mojtabai, R. (2015). Depressed Mood in Middle-Aged and Older Adults in Europe and the United States: A Comparative Study Using Anchoring Vignettes. *Journal of Aging and Health*, 1-23.

National Institutes of Health. Institute of Medicine. (2001). Health and Behavior: The interplay of biological, behavioral, and social influence. Washington: The national Academies Press.

Nóbrega, I. R. A. P., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O. & Vieira, J. C. M. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate*, 39(105), 536-50.

Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*, 40(4), 734-6.

Oliveira, M. F., Bezerra, V. P. Silva, A. O., Alves, M. S. C. F, Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198.

Oliveira, T. C. G., Soares, F. C., Macedo, L. D. D., Diniz, D. L. W. P., Bento-Torres, N. V. O. & Picanço-Diniz, C. W. (2014). Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation on age-related cognitive decline in long-term-care institutions. *ClinIntervAging*, 9, 309–321.

Oliveira, V. M. (2015). Curar a própria história – uma análise sociológica da terapêutica da depressão. Dissertação de doutoramento, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Consultado em 22 maio, 2021, de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20627>

Organização Mundial de Saúde - OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva, Suíça: Organização Mundial de Saúde.

Pacheco, J. (2002). *Educação, trabalho e envelhecimento: Estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Campinas, Campinas, Brasil.

Paradela, E. M., Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2005). Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Revista Saúde Pública*, 39(6), 918-23.

Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B. & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, saúde e doenças*, 16(2), 148-163. Consultado em 8 maio, 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862015000200002](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000200002)

Pláteník, J., Fišar, Z., Buchal, R., Jiráček, R., Kitzlerová, E., Zvěřová, M. & Raboch, J. (2014). GSK3 $\beta$ , CREB, and BDNF in peripheral blood of patients with Alzheimer's disease and depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 50, 83-93.

Ploubidis, G. B. & Grundy, E. (2011). Health Measurement in Population Surveys: Combining Information from Self-reported and Observer-Measured Health Indicators. *Demography*, 48, 699-724.

Pocinho, M. T. S. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T. & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236.

Porcu, M., Scantamburlo, V., Albrecht, N., Silva, S., Vallim, F., Araújo, C., Deltreggia, C. & Faiola, R. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum. Health Science*, 24(3), 713-717.

Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Fuhrer, R., Kivela, L., Lawlor, B. A. *et al.* (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Br J Psychiatry*, 174, 339-45.

Ramos, F. P., Silva, S. C., Freitas, D. F., Gangussu, L. M. B., Bicalho, A. H., Sousa, B. V. O., Rametta, Z., M., J., Rametta, F. J., Rametta, F. J., Rametta, L. P. M., Nascimento, C. I. C., Santos, S. H. S. & Guimarães, T. A. (2018). Fatores associados à depressão em idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 19, 1-8. Consultado em 14 janeiro, 2021, de <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/239/154>

Ribeiro, J. E. C, Freitas, M. M, Araújo, G. S. & Rocha, T. H. R. (2004). Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq Bras Oftalmol*, 67(5), 795-9.

Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J. & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, 154, 1384-90.

Rozenthal, M. *et al.* (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria*, 26(2), 204-212.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria* (9a ed., C.O. Dorneles, C. Monteiro, I.S. Ortiz & R.C. Cataldo, trad.). Porto Alegre: Artmed.

Saintrain, M. V. L., Bandeira, C. B., Nobre, M. A. & Sandrin, R. L. P. (2018). Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(4), 1-7. Consultado em 3 maio, 2019, de <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8763>

Salgueiro, H. G. (2007). Determinantes psico-sociais da depressão no idoso. *Revista Nursing*, 222.

Sass, A., Gravena, A. A. F., Pilger, C., Mathias, T. A., & Marcon, S. S. (2012). Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paulista Enfermagem*, 25(1), 80-85.

Schmitz, A. & Brandt, M. (2019). Gendered patterns of depression and its determinants in older Europeans. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 82, 207–216.

Schulze B. (2009). Mental-health stigma: expanding the focus, joining forces. *Lancet*, 373(9661), 362-3.

Selye, H. (1951). The General Adaptation Syndrome. *Annual Review of Medicine*, 2, 327-342.

Silva, A. R., Sgnaolin, V., Nogueira, E. L., Loureiro, F., Engroff, P. & Gomes, I. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(1), 45-51. Consultado em 29 abril, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n1/0047-2085-jbpsiq-66-1-0045.pdf>



Silva, M. M., Turra, V., Chariglione, I., P., F, S. (2018). Idoso, depressão e aposentadoria: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Psicologia da IMED, 10*(2), 119-136. Consultado em 2 maio, 2019, de <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/2858>

Silva, P. A. (2002). O modelo de Welfare da Europa do Sul: Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e Práticas, 38*, 25-59. Consultado em 27 novembro, 2020, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-65292002000100004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000100004)

Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. S., & Cardoso, R. O. (2009). Análise de sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Revista Ciência & Saúde Colectiva, 14*, 1.

Smith, M., Haedtke, C., & Shibley, D. (2015). Late life depression detection: An evidence-based guideline. *Journal Gerontological Nursing, 41*(2), 18-25.

Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age?. *Revista Brasileira Psiquiátrica, 24*(Supll), 42-7. Consultado em 12 janeiro, 2021, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000500009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500009)

Steffens, D. C. et al. (2005). Biological and social predictors of long-term geriatric depression outcome. *IntPsychogeriatr, 17*, 41-56.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz, 8*(3), 91-98.

Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine, 371*(13), 1228-1236.

Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F. & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 16*(3), 55-66. Consultado

em 10 maio, 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-84232016000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-84232016000300006&script=sci_abstract&tlng=pt)

Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A. & Fernandes, M. H. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*, 58(1), 39-44.

Unützer, J., & Park, M. (2012). Older adults with severe, treatment-resistant depression. *The Journal of the American Medical Association*, 308(9), 909-918.

Vink, D., Aartsen, M. J. & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord*, 106(1-2), 29-44.

Vo, P. M. K., Forder, M. T. *et al.* (2015). Retirement, age, gender and mental health: findings from the 45 and up study. *Aging Ment. Health*, 19, 647-657.

Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *J. Appl. Psychol*, 92, 455-474.

Weiss, E. L., Longhurst, J. G. & Mazure, C. M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. (1999). *Am J Psychiatry*, 156, 816-28.

Weissman, M. M. *et al.* (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276(4), 293-9.

Williams, K. & Kemper, S. (2010). Exploring Interventions to Reduce Cognitive Decline in Aging. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 48(5), 42-51.

World Health organization [Internet]. Geneva: WHO. (2007). *Mental Health, Suicide Prevention (SUPRE)*.

Yang, J., Yao, S., Zhu, X., Zhang, C., Ling, Y., & Abela, JR. Z. et al. (2010). The impact of stress on depressive symptoms is moderated by social support in Chinese adolescents with sub threshold depression: A multi-wave longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 127(1), 113-121.

Zimerman GI. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. (2007). Porto Alegre: Artmed.