

O Envelhecimento Activo / Depressão em Pessoas Idosas – Que Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal?

Inês Lima Maurício*

RESUMO:

O aumento da população de idosos em Portugal, põe questões ao nível da sua qualidade de vida, e também da qualidade dos cuidados de saúde primários que lhes são prestados, no que respeita ao diagnóstico e tratamento da Depressão. Este aspecto é de crucial importância na promoção do Envelhecimento Activo, conceito que nos remete para a manutenção da motivação na vida laboral e social do idoso, mantendo a sua participação, dignidade e auto realização.

É analisado o papel dos cuidados de saúde primários no diagnóstico e tratamento da Depressão.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Depressão no Idoso; Cuidados de Saúde Primários.

ACTIVE AGEING / DEPRESSION IN THE ELDERLY – WHAT INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL?

Abstract:

The increase of the elderly population in Portugal, questions their level of quality of life, as well as the quality of the primary health care they are receiving in what concerns the diagnosis and the treatment of depression. This aspect is of extreme importance for the

promotion of the Active Ageing, a concept that leads to the maintenance of motivation the social and the working life of the elderly, preserving their participation, dignity and self fulfilment.

The role of the primary healthcare services in the diagnosis and treatment of depression is analysed and discussed.

Key- Words: *Ageing; Depression in the Elderly; Primary Health Care.*

INTRODUÇÃO

Feio (2005)¹, referindo-se ao envelhecimento, diz-nos que “...baixa a capacidade de adaptação às adversidades, tornamo-nos mais lentos, menos atentos e mais frágeis ou, de forma reflexa, o mundo torna-se mais complexo, mais rápido, mais imprevisível e mais agressivo, emprestando-nos uma sensação de isolamento e de insuficiência que por ser a nossa, é difícil de relativizar” (Pg. 9).

“O comum entre o Envelhecimento e a Depressão é o tempo: o tempo que se lentifica com o envelhecimento e o tempo que não corre no deprimido”².

Estas duas citações remetem-nos para a experiência do envelhecimento e da depressão, na sua vertente de desaceleramento, de fim de percurso, de perda. E, fruto do desenvolvi-

mento do país, envelhece-se mais em Portugal. Efectivamente, à semelhança dos países desenvolvidos da Europa onde se insere, Portugal tem vindo a registar um *envelhecimento demográfico*, na medida em que a proporção de pessoas idosas tem vindo a aumentar, em detrimento da população jovem ou activa.

O grupo das pessoas idosas em Portugal, tomando os 65 anos como limite inferior deste grupo etário (INE, 2002³; DGS, 2006⁴), representa 16,5% da população. A sua distribuição geográfica permite concluir que o interior está mais envelhecido do que o litoral. Em Portugal, a esperança de vida à nascença é de 80,3 anos para as mulheres, e de 73,5 anos para os homens.

Sem pretender analisar as vastas causas e implicações desta mudança demográfica documentada pelo INE³, importa-nos antes, reflectir sobre as questões do envelhecimento na perspectiva do Envelhecimento Activo, relacionando-as com um aspecto particular da Doença Mental, que é o da Depressão e consequente resposta ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

No seu Relatório Mundial de Saúde publicado em 2002⁵, a OMS refere, que a Depressão grave é actualmente a causa de incapacidade mais frequente em todo o mundo. Sendo também a quarta patologia a nível mundial, poderá mesmo vir a evoluir no sentido de ocupar o segundo lugar nos próximos vinte anos. Conclui-se neste relatório, que a depressão, a ansiedade e as perturbações pelo abuso de substâncias,

são os diagnósticos mais comuns em contexto de cuidados de saúde primários, ainda que sub diagnosticados.

Ligando estes factos – o envelhecimento da população portuguesa, e as projecções da OMS no que respeita à prevalência da Depressão, poderemos concluir que a incidência de pessoas idosas deprimidas nos Cuidados de Saúde Primários tenderá a aumentar, importando pois desenvolver estratégias de intervenção tanto ao nível do Tratamento, quanto ao nível da Prevenção, para dar resposta a esta situação.

O ENVELHECIMENTO ACTIVO

O envelhecimento do organismo humano é caracterizado por “... um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas, motivado essencialmente pelo declínio de recursos biológicos e cognitivos” (Schroouts 1995, citado por Gonçalves e col. 2006)⁶. Este declínio poderia ser minimizado se os contextos sociais, culturais e económicos não relegassem os idosos para papéis secundários. Estas considerações remetem-nos para a dimensão psicossocial do envelhecimento, aspecto que é crucial no equacionar do conceito de Envelhecimento Activo. A introdução na década de 70, do conceito de *Envelhecimento Produtivo*, teve lugar em contexto políticos, académicos e sociais, visando precisamente contrariar o estereótipo dos idosos como pessoas dependentes, frágeis e constituindo-se num peso para as gerações mais novas. Este conceito define-se, como a

capacidade de produção de bens e de serviços, voluntária ou remunerada, junto da família ou da comunidade, tendo consequências positivas no bem-estar e qualidade de vida do idoso, como referem Gonçalves e col. (2006)⁶.

O conceito de Envelhecimento Produtivo parece vir ao encontro do de *Envelhecimento Activo*, adoptado pela OMS em 1997, e que tem por base permitir aos idosos permanecerem integrados e motivados na vida laboral e social, no reconhecimento dos seus direitos humanos e nos princípios de independência, participação, dignidade e auto realização. É o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

O Envelhecimento Activo e o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa são pois conceitos que aparecem com frequência associados.

A qualidade de vida engloba componentes objectivas e mensuráveis, como sejam os indicadores de funcionamento fisiológico ou de manutenção das actividades da vida diária, e componentes subjectivas, como sejam, a relação entre as expectativas e os objectivos alcançados.

No que respeita às componentes subjectivas, é possível medi-las através de questionário, e a título de exemplo, temos um trabalho de Sousa e col. (2002)⁷ que aplicaram e testaram em Portugal, a versão portuguesa do EASYcare. Este instrumento multidimensional, avalia a percepção do idoso sobre as suas capacidades, não indicando as suas competências. O EASY-

care foi desenvolvido no âmbito de um projecto da União Europeia, – European Prototype for Integrated Care, que tinha por objectivo, ajudar os técnicos a melhorar os cuidados prestados aos idosos.

Os resultados permitiram concluir que o instrumento possui boas qualidades psicométricas, na medida em que permite aceder à avaliação subjectiva do idoso sobre as suas capacidades, para além de permitir identificar quatro grupos com graus de dependência diferentes.

Aqui parece pertinente referir o entendimento de Baltes e Baltes, (citados por Gonçalves e col, 2006)⁶ que enfatizam o papel de mecanismos de adaptação interactivos, mecanismos estes que procuram a maximização dos ganhos e a minimização das perdas, através de processos de: *Seleção* (escolha de objectivos tendo em conta os condicionamentos resultantes do envelhecimento); *Optimização* (procura de maximização das condições necessárias); e *Compensação* (aquisição de meios para alcançar objectivos).

Para estes autores, a adopção destes três mecanismos conduziria a um envelhecimento com sucesso, e consequente atraso do surgimento de problemas de Depressão, Demência e de Esgotamento de Energias.

A DEPRESSÃO NAS PESSOAS IDOSAS

Como refere Fontaine (1999)⁸, as psicopatologias mais frequentes nos idosos são os estados

depressivos e as demências. Segundo o autor, convém no entanto clarificar que a depressão não é um estado específico da pessoa idosa, e que ela não aumenta depois dos 60 anos, antes, que o número de idosos com depressão aumentou, porque aumentou o seu número absoluto.

O Síndrome Depressivo evolui num *continuum* que vai das flutuações de humor, aos sintomas depressivos, e poderá estar associado a factores biológicos, psicológicos e sociais (como sejam o *stress* da vida urbana ou o isolamento, a pobreza, as guerras...). A avaliação do estado psicológico, contudo, não poderá deixar de ser referenciada ao contexto de vida e às respostas do ambiente do sujeito, nomeadamente, por exemplo, no que respeita à perda de estatuto da pessoa idosa com a chegada de reforma, e aos consequentes estereótipos sociais negativos (DSM – IV; ICD-10)^{9,10}.

De acordo com Cole e col. (2004)¹¹, no seu artigo de revisão sobre a prevenção da Depressão em idosos, estima-se que a depressão *major* ocorra numa percentagem entre 1% a 3% deste grupo etário, e que entre 8% a 16%, apresente sintomas clínicos significativos deste quadro.

Os autores baseiam-se nos trabalhos de Cole e Yaffe, 1996; Blazer, 1989; e nas conclusões da “NIH Consensus Development Conference”, 1992, para apresentarem estes dados. Concluem que a depressão no idoso é um problema sério, na medida em que há um aumento

dos custos com os cuidados de saúde, e diminuição da sua qualidade de vida.

Por outro lado, os doentes idosos deprimidos utilizam um número muito maior de serviços médicos, o que resulta em custos significativamente mais elevados de cuidados de saúde, do que para os não deprimidos. Estas conclusões são também corroboradas por Feio (2005)¹.

Licht-Strunk e col. (2005)¹², encontraram prevalências diferentes para a depressão *major*, no seu estudo junto de utentes da consulta de medicina familiar, em pessoas com idades iguais ou superiores a 55 anos, levado a cabo na Holanda. Neste estudo a depressão *major* atinge os 13,7%, sendo mais prevalente entre as mulheres e em residentes das zonas urbanas.

Rothera e col. (2002)¹³ referem uma prevalência entre 10% e 15% de depressão *major*, em estudos junto de idosos na comunidade, e de 30% na população de idosos que vão regularmente ao seu médico de família.

Esta discrepância de números presente em diversos estudos, poderá estar relacionada com questões de ordem metodológica, nomeadamente, no que se refere à escolha do instrumento de diagnóstico (Saz e Dewey, 2001)¹⁴.

Pese embora a diferença dos números referidos, é unânime a constatação de que a Depressão nos idosos é um problema comum, e subdiagnosticado nos Cuidados de Saúde Primários.

Cole et al. (2004)¹¹ estimam que apenas 20% dos idosos deprimidos são detectados e tratados.

Feio (2005),¹ chama ainda a atenção para o facto de a expressão da tristeza ser diferente nos idosos, aspecto que nem sempre é bem afechado nos instrumentos de avaliação. Este autor destaca ainda o enviesamento epidemiológico dos dados, na medida em que, com a expectativa de deterioração inerente à idade, o significado clínico dos síndromas deficitários tende para a escolha do diagnóstico de demência, o que diminui os diagnósticos nas outras categorias.

Ainda segundo este autor, a Depressão constitui-se, só por si, num factor condicionante do Envelhecimento Activo, pelo que a adopção de estratégias eficazes na sua abordagem terá um contributo válido, na sua promoção e na redução da dependência dos idosos.

Para além de ser um factor que condiciona o envelhecimento activo, a depressão é um factor de risco para a mortalidade, comparável à doença cardiovascular e à diabetes, em doentes idosos que recorrem aos cuidados de saúde primários (Karlin e Fuller, 2007)¹⁵.

Os resultados do estudo do Eurobarometer publicado em 2003¹⁶, e que procurou avaliar o estado da saúde mental da população Europeia em 2002, apontam para o facto de ela ser mais precária nas mulheres, nos idosos, naqueles que têm uma baixa condição económica, e que mantenham fracos elos de ligação com a comunidade.

Os objectivos deste estudo, foram comparar o nível de saúde mental positiva entre os onze estados da União Europeia, que preencheram os critérios de resposta para serem nele incluídos, e também os determinantes dessa mesma saúde mental positiva.

Lehtinen et al. (2005)¹⁷ baseando-se nos resultados do Eurobarometer, concluem que os determinantes de saúde mental positiva daqui resultantes, estão em concordância com a maioria dos estudos prévios sobre este tema. A medida da Saúde mental positiva adoptada foi o “Energy and Vitality Index” (EVI). Os melhores preditores de um resultado alto no EVI, são, o suporte social, o género e o nível de rendimentos. Destes, o factor que mais se destacou, foi o do suporte social, resultado que se constitui na evidência mais forte do estudo.

No que se refere a Portugal, os autores constataam que há diferenças significativas nas médias, que são mais baixas, do índice de saúde mental positiva, no que ao género e à idade diz respeito. Os homens apresentam um índice superior ao do das mulheres, e as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos têm um resultado mais baixo, em comparação com o de todos os outros países.

Se nos recordarmos que a esperança de vida à nascença é de 80,3 anos para as mulheres portuguesas, e de 73,5 anos para os homens, logo aqui se afigura pertinente ter em atenção a questão do género na definição de políticas de promoção da saúde mental dos idosos.

Retomando a informação sobre os dados demográficos, constatamos que a maioria da população idosa portuguesa era inactiva, de acordo com os resultados do inquérito nacional ao emprego de 2001 (INE, 2002)³. Dos activos, a maioria eram homens (56,8%), sendo que o nível de instrução das mulheres activas, era superior ao das inactivas e ao do dos homens activos. Não foram aqui consideradas as actividades de apoio à família, como sejam a guarda de crianças, entre outras.

No que se refere às relações sociais e de lazer, verifica-se que os idosos mantêm contactos frequentes de vizinhança e reuniões familiares, mas o próprio INE não deixa de constatar que "...a solidão é um problema bastante actual, com efeitos geralmente perniciosos relativamente ao seu bem estar e saúde" (INE, 2002, pág. 28)³.

A maioria dos inquiridos considera-se insatisfeita com a sua situação financeira.

Estes factores conjugados, remetem-nos para a vulnerabilidade dos idosos e sobretudo das idosas, em Portugal, no que respeita ao objectivo de obter um Envelhecimento Activo, factor capaz de atrasar o surgimento de problemas de Depressão, Demência e de Esgotamento de Energias, como defendem Baltes e Baltes (citados por Gonçalves e col, 2006)⁶.

QUE ORIENTAÇÕES PARA PORTUGAL?

Portugal situa-se na zona europeia, pelo que estará interessado em definir políticas que o

aproximem dos seus parceiros ao nível das boas práticas, no que à saúde mental diz respeito.

Sendo a Depressão um problema de saúde, importa aqui referir as directrizes produzidas pelo Ministério da Saúde em Portugal, que estão sumarizadas no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006)⁴ que tem um horizonte temporal até 2010. Este programa, preconiza uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades das pessoas idosas, e a promoção da cooperação intersectorial, no sentido de desenvolver ambientes capacitadores da sua autonomia e independência.

O Programa procura pois operacionalizar estratégias orientadas para o Envelhecimento Activo, através da prevenção dos factores de risco associados a patologias incapacitantes, como sejam o consumo excessivo de álcool e de tabaco e os erros alimentares, bem como a promoção do controlo dos factores de *stress*, e da prática de exercício físico, que tem vindo a provar-se eficaz na obtenção de uma maior longevidade.

As propostas de intervenção do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, desenham-se em torno de três eixos: promoção do envelhecimento activo; adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas; criação de ambientes capacitadores da autonomia e independência, tendo em atenção variáveis como sejam o género, a cultura e a participação.

Grosso modo, as estratégias constituem-se na Identificação, Informação ao idoso e Formação dos prestadores de cuidados de saúde.

A avaliação prevista para o ano de 2009, comporta indicadores referentes ao desempenho das Actividades da Vida Diária; percepção do estado de saúde por parte do idoso; proporção de pessoas idosas que vivendo sós, são independentes; e proporção de pessoas idosas que mantém contactos mais alargados do que os da rotina diária.

Que Intervenção?

Ao nível da *Prevenção* da Depressão, parece pertinente conceber estratégias com base na Comunidade, orientadas para o estreitamento de redes sociais de suporte e melhoria objectiva da qualidade de vida.

No que respeita aos aspectos económicos que suportam a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde mental dos idosos, podemos ter a expectativa de que seja o desenvolvimento económico do país a trazer consequências positivas ao nível dos rendimentos, condições de habitação e acesso a cuidados de saúde, mas já no que respeita ao suporte social, ter-se-á de encontrar formas alternativas para o garantir (Feio, 2005)¹. Como vimos anteriormente, o *Suporte Social* é o factor com maior impacto na previsão de um índice de saúde mental positiva.

Em Portugal, as redes naturais de suporte social não se encontram destruídas (INE, 2002)³,

havendo no entanto situações em contextos rurais isolados e em contextos urbanos, em que tal já não acontece.

No que respeita à prevenção da depressão, OMS (2002)⁵, refere no entanto, que existem indícios fracos de que as estratégias propostas sejam eficazes, salvo nalguns estudos isolados. As indicações de eficácia destes estudos, quando ela se verifica, vão no sentido da formação de redes de apoio, para grupos e famílias vulneráveis.

Gonçalves e col. (2006)⁶ defendem que ao nível da prevenção é importante combater o estereótipo do idoso, sugerindo, em concordância com Choi e Dinse (1998), por eles citados, a inclusão curricular de informação sobre o ciclo de vida, junto dos jovens, e a educação dos patrões e empregados. Sugerem, ainda, o desenvolvimento de programas intergeracionais entre idosos, crianças ou jovens, em contextos institucionais ou comunitários.

No sentido de promoção do envelhecimento produtivo, estes autores preconizam o trabalho directo com as pessoas idosas, apoiando a formação contínua, a participação no mercado de trabalho, e o desenvolvimento de trabalho voluntário.

Lautenschlager e col. (2004)¹⁸ deixam em aberto a questão do impacto da Actividade Física ao nível da prevenção primária da depressão na velhice, na medida em que é ainda necessária uma investigação mais sistematizada. Neste seu artigo de revisão bibliográfica, referem estudos que sustentam a tese de que

ao nível do tratamento, a actividade física constitui-se numa abordagem interessante, e de baixo custo.

Que Intervenção ao Nível dos Cuidados de Saúde Primários?

Os Cuidados de Saúde Primários podem posicionar-se na primeira linha em termos de diagnóstico e de tratamento, o que não invalida que possam assumir protagonismo no que se refere à Prevenção, dada a sua vocação de proximidade junto da população.

A detecção e referenciação para a consulta de Psiquiatria, e uma correcta articulação entre os cuidados de primeira e de segunda linha são desejáveis, numa vertente de intervenção comunitária.

Como já foi acima referido, é convicção de alguns autores, como sejam Licht-Strunk e col. (2005)¹²; Brown e col. (2005)¹⁹; Rothera e col. (2002)¹⁵, entre outros, corroborada pela OMS (2002)⁵, de que a Depressão é sub diagnosticada ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Para estes autores, tal pode ficar a dever-se, em parte, à presença de patologias múltiplas, mas também, à falta de formação dos técnicos de saúde, em saúde mental e na escassez de uso de instrumentos de medida e diagnóstico.

Licht-Strunk e col (2005)¹² propõe o uso da GDS – Geriatric Depression Scale – 15, que sendo uma escala de fácil aplicação revelou-se um bom instrumento de diagnóstico ao nível dos cuidados de saúde primários, tanto quanto

o da sua versão alargada de 30 itens. Este instrumento, no entanto, revelou-se pouco eficaz no diagnóstico da depressão em idosos muito velhos (Watson e col. 2004)²⁰.

Karlin e Fuller (2007)¹⁵, enunciam e comentam um conjunto de sete escalas de rastreio da depressão em adultos idosos, tomando em atenção tanto os aspectos práticos na sua aplicação, quanto a sua fiabilidade, que pode constituir-se em informação pertinente para a escolha do instrumento de medida.

A presença da ansiedade, é um factor que só por si, deveria levar à pesquisa da depressão em idosos, dado estar com ela fortemente correlacionada (Eustace e col. 2001)²¹.

As metas do tratamento da depressão são naturalmente as da redução dos sintomas e consequente melhoria da qualidade de vida, da prevenção das recaídas, e por último, da remissão completa.

As intervenções podem ser Farmacológicas, Psicoterapêuticas e Socioterapêuticas, como sistematiza Marques-Teixeira (2002)².

A Psicoterapia visa apoiar o idoso, criando uma atmosfera de segurança, confiança e de troca comunicacional, capaz de o ajudar a lidar com conflitos internos e a relacionar-se com a ideia da morte. A Psicoterapia melhora também a adesão ao tratamento medicamentoso (Karlin e Fuller 2007)¹⁵.

A socioterapia visa minorar as consequências da reforma, ao nível das relações sociais do idoso e da sua participação na comunidade.

As intervenções psicofarmacológicas e psicológicas no tratamento da depressão no idoso, demonstraram uma eficácia semelhante, sendo que, a sua combinação potencia os resultados, particularmente no caso dos doentes mais perturbados.

Os medicamentos antidepressivos são eficazes em todos os graus da depressão *major*, e em cerca de 70% dos episódios de depressão ligeira (OMS, 2002)⁵.

Assinalando outra vertente de intervenção, Fontaine (1999)⁸ cita os trabalhos de Cappeliez e Latour (Cappeliez e Latour, 1993; Cappeliez, 1988,1991; Latour e Cappeliez, 1991) que desenvolveram um programa de terapia cognitiva em grupo, para idosos, com resultados encorajadores ao nível da melhoria mais acentuada e mais rápida do seu estado depressivo, em comparação com outras psicoterapias. O programa compreendia 12 sessões de noventa minutos, em que cada uma tinha um tema específico. O próprio trabalho em grupo, foi considerado uma variável importante na obtenção de resultados.

Vemos com interesse esta possibilidade de intervenção em grupo, nos Cuidados de Saúde Primários, pelas vantagens que comporta em relação aos custos, sem prejuízo de outras intervenções.

Não é só ao nível do diagnóstico que seria importante melhorar a formação dos técnicos de saúde, mas também ao nível do tratamento. Rothera e col. (2002)¹³, por exemplo, encontraram diferentes práticas a estes dois níveis

nos clínicos gerais mais velhos, em comparação com os mais novos, recomendando por isso um incremento de formação, de forma a melhorar a qualidade da intervenção.

A OMS (1996)²² por seu lado, produziu um documento “Psychiatry of the Elderly. A consensus statement”, no qual propõe a criação de equipas multidisciplinares nos Cuidados de Saúde primários, orientadas para as especificidades de Psiquiatria geriátrica, que tenham um líder claramente identificado.

Propõe ainda um incremento de formação na área da saúde mental tanto ao nível pré como pós graduada, a todos os grupos de profissionais e de cuidadores.

CONCLUSÃO

Uma mudança demográfica estrutural implica reorganizações funcionais em diversas áreas da sociedade, com a conseqüente redefinição de políticas e de estratégias de intervenção. Impõe-se, pois, uma reflexão sobre as diversas vertentes dos problemas que resultam de uma conquista da civilização, que é a da maior longevidade, mas que se quer produtiva e feliz.

O desafio da promoção do Envelhecimento Activo põe-se para todos, e em particular, no que à saúde mental e à depressão diz respeito, para os cuidados de saúde primários e seus profissionais.

O esforço de adequação, passa pela maior eficácia ao nível do diagnóstico da depressão, e também maior eficácia na escolha da inter-

venção, e de referenciação, o que pressupõe maior investimento na formação dos técnicos e na promoção de trabalho em equipas multidisciplinares.

Uma vez que a avaliação do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, está prevista para este ano, importará conhecer em que medida os Cuidados de Saúde primários estão a ir ao encontro das recomendações nele constantes, que grosso modo, vão no sentido da promoção do envelhecimento activo.

BIBLIOGRAFIA

1. Feio, M. Aspectos da saúde mental dos mais velhos em Portugal. *Cidade Solidária*. 2005. 13: 8-13.
2. Marques-Teixeira, J. Envelhecimento e Depressão. *Saúde Mental*. (2002). 1 (4): 9-17.
3. Instituto Nacional de Estatística – Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente, das pessoas idosas (versão electrónica). 2002 .
4. Direcção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. DGS.Lisboa
5. Organização Mundial de Saúde (2002). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hop*. (Versão electrónica)
6. Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., Fonseca, A.M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137-143.
7. Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. EASYcare: Um sistema de avaliação de idosos (Qualidades Psicométricas). *Revista de Estatística* (2002). (Versão Electrónica)
8. Fontaine, R. (1999). *Manuel de Psychologie du Vieillessement*. Paris: Dunod.
9. American Psychiartric Association (1994). *Diagnosticand statistical manual of mental disorders*, 4ª Ed. APA: Washington.
10. Organização Mundial de Saúde (1992b). *The ICD_10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. OMS: Genebra
11. Cole, M., Dendukuri, N. (2004). The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.19: 1019-1025.
12. Licht-Strubk, E., Kooij, K., Schaik, D., Marwijk, H., Hout, H., Haan, M., Beekman, T. (2005). Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20: 1013-1019.
13. Rothera, I., Jones, R., Gordon, C. (2002). An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older

- people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* .17: 354-358
14. Saz, P., Dewey, M.E., (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16: 622-630.
 15. Karlin, E. B., Fuller, J.D. (2007). Como responder às necessidades de saúde mental dos adultos idosos. Implicações para a prática clínica nos cuidados de saúde primários. *Geriatrics*. Julho/ Agosto 2007. Edição portuguesa.
 16. The European Opinion Research Group. (2003). The Mental Health Status of the European population (Versão eletrónica). *Eurobarometer 58.2*.
 17. Lehtinen, V., Solhman, B., Kovess-Masfety, V. (2002). Level of positive mental health in the European Union: results from the eurobarometer 2002 survey (Versão eletrónica). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:9
 18. Lautenschlager, N., Almeida, O., Flicker, L., Janca, A. (2004) Can physical activity improve the mental health of older adults?. (Versão eletrónica). *Annals of General Hospital Psychiatry*. 3 : 12
 19. Brown, L.M., Schinka J.A., (2005). Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry* . 20: 911-918.
 20. Watson, L., Lewis, C., Kistler, C., Amick, H., Boustani, M. (2004). Can we trust depression screening instruments in healthy “old-old” adults?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19 278-285.
 21. Eustace, A., Denihan, I., Cunningham, C., Coakley, D., Lawlor. B. A. (2001). Depression in the community dwelling elderly: Do clinical and sociodemographic factors influence referral to psychiatry?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16: 975-976.
 22. Organização Mundial de Saúde (1996). *Psychiatry of the Elderly. A consensus statement*. Geneva (Versão eletrónica).