



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

VIVER COM A PERDA:

Luto e depressão em pessoas idosas viúvas

Ana Margarida Brandão Campos



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Margarida Brandão Campos

Viver com a perda: Luto e depressão em pessoas idosas viúvas

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Maria Isabel Lajoso Amorim e
Professora Doutora Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos

Setembro de 2025

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de uma longa caminhada, marcada por desafios, aprendizagens e conquistas, que só foi possível com o apoio e colaboração de várias pessoas, às quais gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria Isabel Lajoso Amorim e à minha coorientadora Professora Doutora Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos por terem sido uma fonte constante de orientação, paciência e inspiração. A vossa sabedoria, dedicação e disponibilidade foram essenciais para a concretização deste trabalho. Agradeço especialmente os inúmeros encontros e sugestões construtivas, que me ajudaram a amadurecer tanto a nível académico quanto pessoal. Sem o vosso acompanhamento atento e valiosos conselhos, este trabalho certamente não teria atingido os resultados esperados.

Aos meus professores, que ao longo do meu percurso académico me transmitiram o conhecimento necessário, a curiosidade científica e a vontade de ir sempre mais além. A todos, o meu muito obrigado por contribuírem de forma significativa para o meu crescimento intelectual.

Agradeço também à bibliotecária da Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, Doutora Sónia Silva, pela disponibilidade e pela ajuda na pesquisa e organização dos materiais que foram importantes para este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer à minha família, que foi um pilar fundamental nesta caminhada. Aos meus pais e à minha irmã, agradeço o apoio incondicional, as palavras de incentivo e a paciência durante os momentos mais difíceis. A confiança e o encorajamento constante deram-me a força necessária para superar os desafios e continuar a lutar pelos meus objetivos.

Aos meus amigos, que me acompanharam e apoiaram ao longo deste percurso, tanto nas horas de estudo quanto nos momentos de descontração, deixo aqui um sincero agradecimento. A vossa amizade e compreensão foram fundamentais para manter o equilíbrio durante os momentos de maior pressão.

Gostaria de agradecer às instituições e a todos os participantes do estudo, que gentilmente dedicaram o seu tempo e partilharam as suas experiências, tornando possível a recolha de dados e o desenvolvimento das conclusões apresentadas.

Por fim, gostaria de expressar o meu reconhecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho, mesmo que não os mencione aqui diretamente. Cada gesto de apoio e incentivo foi, sem dúvida, fundamental para a conclusão desta etapa da minha vida académica.

Resumo

Contexto: Este estudo aborda o fenómeno do envelhecimento humano, analisando-o sob a perspetiva da Gerontologia Social, que integra as dimensões biológica, psicológica e sociocultural do envelhecimento. O foco principal incide sobre luto e depressão em pessoas idosas viúvas a residir em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e utilizadores de Centro de Dia. Embora o luto seja uma resposta natural à perda, pode prolongar-se num quadro depressivo, especialmente em idosos viúvos residentes em ERPI, comprometendo seriamente o bem-estar e a saúde mental (Carr, 2020). Fundamentado no Modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e Kahana (1996), entre outros. Este trabalho enfatiza a importância de comportamentos adaptativos e intervenções multidisciplinares para a promoção do envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido.

Objetivo: Analisar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas viúvas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e utilizadores de Centros de Dia em função das características sociodemográficas e condição de luto.

Método: Integra-se no paradigma quantitativo, é um estudo descritivo e correlacional, com delineamento transversal. A amostra constituída caracteriza-se como não probabilística, por conveniência incluindo 70 participantes com 65 anos ou mais, viúvos há pelo menos seis meses, residentes em ERPI e utilizadores de Centros de Dia na Região Norte do País. A recolha de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2024, tendo sido aplicado um protocolo constituído pelos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e situacional (construído para o efeito), escala de depressão geriátrica (GDS-15; Yesavage et al., 1982), validada para a população portuguesa (Pocinho et al., 2009)

Resultados: A análise de resultados permite observar que os 70 participantes apresentam uma média de idade de 80,70 ($DP=6,25$) anos, predominantemente mulheres (84,3%), escolaridade reduzida (81,4%) frequentou apenas o ensino básico (1-4 anos), a viver em zona predominantemente rural (55,7%). Relativamente à sintomatologia depressiva verifica-se que 51,4% apresenta depressão ligeira e 20% apresenta depressão grave. Relativamente à comparação entre grupos não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) em função do género, idade, escolaridade. No entanto, é de referir, que se observam diferenças significativas na sintomatologia depressiva em função das mudanças face à perda ($p<0,001$).

Conclusão: Este estudo demonstrou uma elevada frequência de sintomas depressivos em pessoas idosas a residir em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e utilizadores de Centro de Dia. A observação de mudanças significativas na sintomatologia depressiva associadas à perda, sugere que este é um tema relevante para a Gerontologia Social assim, recomenda-se prosseguir estudos neste domínio.

Palavras-chave: Luto prolongado; sintomatologia depressiva; pessoas idosas viúvas; Saúde; Gerontologia Social

Abstract

Context: This study addresses the phenomenon of human ageing, analysing it from the perspective of social gerontology, which integrates the biological, psychological and sociocultural dimensions of ageing. The main focus is on grief and depression in institutionalised elderly widows. Although grief is a natural response to loss, it can prolong depression, especially in elderly widows and widowers living in institutions, seriously compromising their well-being and mental health (Carr, 2020). Based on Kahana and Kahana's (1996) Preventive and Corrective Proactivity Model, this study emphasises the importance of adaptive behaviours and multidisciplinary interventions for promoting active, healthy and successful ageing.

General Objective: To analyse depressive symptoms in elderly widows living in residential facilities and day centres according to sociodemographic characteristics and bereavement status.

Method: This study is part of the quantitative paradigm and is descriptive and correlational in nature, with a cross-sectional design. The sample is characterised as non-probabilistic, for convenience, including 70 participants aged 65 or over, widowed for at least six months, residing in residential facilities for the elderly (ERPI) or attending day centres in the northern region of the country. Data collection took place between February and March 2024, using a protocol consisting of the following instruments: a sociodemographic and situational questionnaire (designed for this purpose) and a geriatric depression scale (GDS-15), validated for the Portuguese population.

Results: Analysis of the results shows that the 70 participants had an average age of 80.70 (SD=6.25) years, were predominantly women (84.3%), had low levels of education (81.4%) and had only attended primary school (1-4 years), living in predominantly rural areas (55.7%). Regarding depressive symptoms, 71.4% of the sample presented depression, with 51.4% presenting mild depression and 20% presenting severe depression. Regarding the comparison between groups, no statistically significant differences ($p>0.05$) were observed in terms of gender, age, or education. However, it should be noted that there were significant differences in depressive symptoms depending on changes related to loss ($p<0.001$).

Conclusion: This study demonstrated a high frequency of depressive symptoms in elderly people. The fact that significant changes in depressive symptoms associated with loss were observed suggests that this is a relevant topic for social gerontology. Further studies in this area are recommended.

Keywords: Prolonged grief; depressive symptoms; widowers; elderly people; Social Gerontology

Índice

INTRODUÇÃO.....	3
REVISÃO DA LITERATURA.....	6
Processo de Envelhecimento e Gerontologia Social	7
Envelhecimento coletivo e envelhecimento individual	7
Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido.....	9
Gerontologia e Gerontologia Social.....	13
Luto, depressão e viuvez.....	16
Luto nas pessoas mais velhas: a viuvez.....	17
Depressão nas pessoas mais velhas: o caso da associação à viuvez	19
O caso dos idosos em instituições residenciais	21
Tendências da investigação no domínio	22
MÉTODO.....	26
Opções Metodológicas	27
Justificação da problemática	27
Objetivos de estudo	27
Desenho de Investigação	28
Participantes e procedimento de recolha de dados	28
Instrumentos de recolha de dados	30
Estratégia de Análise de dados.....	31
RESULTADOS	32
Caracterização sociodemográfica e aspetos relacionados com a situação de viuvez.....	33
Sintomatologia Depressiva.....	35
Sintomatologia Depressiva e aspetos sociodemográficos e de situação.....	36
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	41
Discussão dos Resultados.....	42
Limitações do Estudo.....	52
Conclusão	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	33
Tabela 2 - Descritiva dos resultados relacionados com a situação de viuvez.....	34
Tabela 3 - Estatística descritiva da GDS (15)	35
Tabela 4 - Resultados de acordo com Pontos de corte na avaliação da depressão	35
Tabela 5 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração o sexo dos participantes.....	36
Tabela 6 - Níveis de Sintomatologia depressiva tendo em consideração o sexo dos participantes	36
Tabela 7 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração a idade dos participantes	37
Tabela 8 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração a escolaridade dos participantes.....	37
Tabela 9 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração o tipo de perda/luto.....	38
Tabela 10 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração o tempo de perda/luto.....	38
Tabela 11 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração as ajudas que pediu	39
Tabela 12 - Sintomatologia depressiva considerando a ajuda recebida	39
Tabela 13 - Sintomatologia depressiva considerando a forma de estar na vida.....	40

INTRODUÇÃO

De acordo com o *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* da Organização Mundial da Saúde (2015), a longevidade praticamente duplicou ao longo do século XX, sendo, no entanto, fundamental que este aumento do número de anos vividos seja acompanhado por anos de vida com qualidade. O mesmo documento enfatiza que o envelhecimento saudável é mais do que apenas a ausência de doenças, destacando a importância de manter a capacidade funcional e o bem-estar nas idades mais avançadas. Se, por um lado, estas mudanças são conquistas de uma sociedade moderna, em muito devido aos progressos sociais, económicos e na saúde, por outro lado surgem como novos desafios, como a consciencialização e capacitação dos indivíduos para desempenharem um papel ativo na alteração dos processos que aceleram o envelhecimento. Neste contexto, o contributo da gerontologia, em especial da gerontologia social, orientada numa perspetiva positiva do envelhecimento desempenha um papel ativo na desmistificação das representações sociais desta etapa da vida, bem como na promoção de melhores condições sociais, culturais e ambientais, é fundamental para que as pessoas envelheçam da melhor forma possível (Fernández- Ballesteros, 2000).

As perdas fazem parte do ciclo vital e manifestam-se de formas diversas ao longo da vida, desde a infância até a velhice, implicando despedidas, mudanças na identidade ou nos vínculos. Podem ser concretas, como a morte de alguém próximo, a perda da saúde ou do emprego, ou simbólicas, como o envelhecimento, a saída dos filhos de casa ou a mudança de papéis sociais (Kübler-Ross, 1969). O enfrentamento dessas experiências depende de fatores pessoais, apoio social e crenças culturais e espirituais. Embora causem sofrimento, as perdas também podem ser oportunidades de crescimento e ressignificação (Worden, 2018). Compreendê-las em cada fase da vida é essencial para orientar estratégias de cuidado e promoção da saúde mental, reconhecendo a transitoriedade como parte da condição humana (Parkes & Prigerson, 2013).

Na terceira idade, a perda do cônjuge é frequentemente marcada por luto intenso, solidão e desorientação emocional. Quando o parceiro desempenhava um papel central como apoio afetivo, essa ausência aumenta a vulnerabilidade a problemas de saúde física e psicológica, sendo a depressão uma das condições mais comuns nesse período (Oostrom et al., 2021).

Estudos indicam que a prevalência de sintomas depressivos entre idosos viúvos varia entre 15% e 30%, estando associada à perda do cônjuge, isolamento social e escassez de apoio (Henriques, 2021). O luto pode agravar a saúde mental e física, incluindo doenças cardiovasculares, fragilização do sistema imunológico e redução da qualidade de vida, aumentando a vulnerabilidade a doenças crônicas preexistentes (Henriques, 2021; Grazziano *et al.*, 2023; Lei *et al.*, 2024). Essa realidade evidencia a importância de acompanhamento especializado para prevenir ou mitigar complicações relacionadas à depressão nesta população.

O objetivo geral deste estudo é analisar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas viúvas em função das características sociodemográficas, bem como aspectos associados ao luto.

A dissertação organiza-se em quatro partes: (1) Revisão da literatura, (2) Método, (3) Apresentação dos resultados e (4) Discussão e Conclusão. No primeiro capítulo, constrói-se uma base teórica e empírica sólida que sustenta a análise do luto e da depressão na terceira idade. O segundo capítulo descreve as opções metodológicas adotadas, explicitando o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo, bem como os participantes, o protocolo de avaliação, os procedimentos de recolha de dados e a estratégia de análise utilizada. No terceiro capítulo, apresentam-se os resultados obtidos. Por fim, o quarto capítulo dedica-se à discussão desses resultados, à luz do quadro conceptual e empírico delineado inicialmente. A dissertação encerra com uma conclusão, que sistematiza as principais evidências do estudo e reflete sobre as suas implicações para a prática gerontológica e para futuras investigações no domínio.

REVISÃO DA LITERATURA

Processo de Envelhecimento e Gerontologia Social

Portugal continua a ser um dos países mais envelhecidos da União Europeia, registando um aumento expressivo da população com 65 ou mais anos. Esta tendência resulta da conjugação de baixos níveis de natalidade e da redução da mortalidade, contribuindo para uma sociedade envelhecida com um impacto social e económico significativo.

A Gerontologia Social é, segundo Fernández-Ballesteros (2000), apresentada como um dos ramos da Gerontologia. De acordo com a autora, esta especialização da Gerontologia não se limita ao estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento e da velhice, mas dedica-se, de forma particular, à análise do impacto das condições socioculturais e ambientais nesse processo. Além disso, foca-se nas implicações sociais do envelhecimento e nas intervenções sociais que podem ser implementadas para promover um envelhecer mais positivo.

Envelhecimento coletivo e envelhecimento individual

O envelhecimento da população tem sido um tema amplamente abordado. De acordo com os censos de 2021, a população residente em Portugal era de 10.343.066 milhões de pessoas, sendo que mais de 2 milhões eram idosos. Quando comparado aos dados de 2011, observa-se uma diminuição na percentagem de jovens e um aumento na percentagem da população idosa (INE, 2021). Em 2023, o índice de envelhecimento de Portugal foi de 188,1 idosos para cada 100 jovens. Esse processo contínuo de envelhecimento demográfico fez com que Portugal se posicionasse como o segundo país mais envelhecido da Europa. As projeções indicam que, até 2080, o número de idosos em Portugal poderá duplicar, alcançando 300 idosos para cada 100 jovens (INE, 2023).

Segundo Rosa (2012), o envelhecimento pode ser encarado de duas formas distintas: o coletivo e o individual.

O envelhecimento coletivo divide-se em demográfico, que refere a classificação etária exata, categorizada em jovem, ativo e idoso, e societal, onde uma população pode estar a envelhecer enquanto a sociedade se adapta às mudanças demográficas sem necessariamente envelhecer.

Tendo em conta o envelhecimento coletivo, mais especificamente, o envelhecimento demográfico, Fries (1981) introduz uma nova fonte de informação, referindo a retangularização da curva da esperança de vida, que expressa não só a longevidade, mas também a compressão da morbilidade. Esta visão positiva do envelhecimento emerge de três factos fundamentais que estão frequentemente apoiados pela investigação científica. Primeiramente, a compressão da

mortalidade é resultado de duas importantes causas. De um lado, temos a revolução demográfica, advinda de melhores condições de vida. Por outro lado, vemos a plasticidade e modificabilidade do ser humano ao longo do ciclo de vida.

Assim, o envelhecimento demográfico em Portugal é o resultado de várias mudanças na sociedade, nomeadamente, diminuição da taxa de natalidade, diminuição da taxa de mortalidade e aumento da longevidade. A redução da taxa de natalidade está relacionada com o adiamento da maternidade. A idade média das mulheres no momento do nascimento do primeiro filho aumentou mais de cinco anos nas últimas duas décadas e meia, ficando em torno dos 29 anos. Esta situação deve-se à progressiva emancipação das mulheres denotando-se, por exemplo, no aumento da sua participação no mercado de trabalho e no prolongamento da vida académica até idades mais tardias (Rosa, 2012).

Quanto ao envelhecimento societal, Rosa (2012) salienta que este parece resultar do envelhecimento demográfico, apesar de não se confirmar, correspondendo à estagnação de certos pressupostos organizados na sociedade. Deste modo e, segundo a mesma autora, o envelhecimento societal pode não acompanhar o envelhecimento demográfico, visto que apenas ocorre quando se olha exclusivamente para a idade como fator de produtividade. Para Rosa (2012), mesmo que a população seja envelhecida, não é sinónimo e relação direta, que a sociedade também o seja, uma vez que esta pode reagir de forma adaptativa às mudanças populacionais de modo a dar resposta às suas necessidades. De salientar que, devido às mudanças sobre o envelhecimento populacional e sobretudo ao aumento da esperança média de vida, as modificações aceleradas nas estruturas familiares e comunitárias, da "universalização" do acesso a cuidados sociais e de saúde, foi necessário institucionalizar os idosos (Rosa, 2012).

O envelhecimento individual desdobra-se em cronológico, um processo universal, progressivo e inevitável resultante exclusivamente da passagem do tempo, e biopsicológico, que é menos linear e influenciado por múltiplos fatores internos e externos, variando assim de pessoa para pessoa.

O envelhecimento individual é um fenómeno multidimensional que ocorre de forma distinta no ser humano, dependendo da dimensão considerada, da fase da vida e do momento em que é experienciado (Rosa, 2012). Ocorre desde que somos concebidos até à morte, sendo este um processo que faz parte da condição humana, ao qual todos estão sujeitos. Para Rosa (2012), o envelhecimento cronológico é inevitável e decorre naturalmente da passagem do tempo, sendo progressivo, apresenta momentos de aceleração variável. No que diz respeito ao envelhecimento biopsicossocial é vivenciado por cada indivíduo de forma distinta, devido à influência de vários fatores internos e externos. É também um reflexo do envelhecimento cronológico, mas menos linear, não é definido através de uma idade, visto

que todos os indivíduos envelhecem de forma distinta, vivendo cada um de maneira diferenciada.

De salientar que a duplicidade de perspectivas face à velhice continua a observar-se. Por um lado, a visão negativa mais associada à velhice e à morte por ser uma fase na qual começam a ser mais visíveis os sinais de deterioração física. Por outro lado, a visão positiva, a velhice está mais associada à longevidade, ou seja, chegar a idades mais avançadas.

Segundo Baltes (1987) na perspectiva do ciclo de vida (Life-Span) o desenvolvimento humano é visto como um processo contínuo que se estende desde o nascimento até a morte, caracterizado por mudanças multidimensionais e multidirecionais. Essa abordagem reconhece que o envelhecimento é influenciado por uma interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, onde o indivíduo e o meio ambiente se influenciam mutuamente ao longo das diferentes fases da vida. Além disso, Baltes (1987) destaca a possibilidade do desenvolvimento e adaptação em todas as etapas da vida, enfatizando a importância de atividades e contextos que promovam um envelhecimento saudável.

Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), o termo ativo associado ao envelhecimento, refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. A qualidade de vida é a dimensão predominante do envelhecimento ativo, e, ainda que as condições de saúde sejam realçadas, estão longe de contemplar apenas os aspetos médicos. O envelhecimento ativo não se restringe ao âmbito dos comportamentos promotores da saúde, leva também em consideração os fatores ambientais e pessoais que interagem com as condições de saúde. As envolventes que enquadram o envelhecimento, como a família, a comunidade e a sociedade em que o processo ocorre, exercem um impacto enorme na forma como se envelhece (Cabral & Ferreira, 2013).

Considerando a Organização Pan-Americana da Saúde (2005), o envelhecimento ativo é influenciado por sete fatores determinantes: (1) Cultura e género que são considerados fatores determinantes e transversais para compreendermos este conceito. A cultura molda o envelhecimento ao impactar todos os outros fatores, enquanto o género afeta políticas e o bem-estar de homens e mulheres; (2) Os sistemas de saúde e serviços sociais que devem promover a saúde ao longo da vida, prevenir doenças e garantir acesso equitativo a cuidados de qualidade; (3) os fatores comportamentais mostram que a adoção de hábitos saudáveis, como atividade

física e alimentação equilibrada, melhora a qualidade de vida em qualquer idade; (4) Já os fatores pessoais indicam que, embora a genética tenha influência sobre algumas doenças, fatores ambientais desempenham um papel mais significativo; (5) o ambiente físico é outro fator relevante, pois a prevenção de lesões e acidentes pode ser essencial, mas historicamente tem sido negligenciada; (6) O âmbito social, salienta-se o abuso contra idosos que pode causar danos físicos e emocionais, comprometendo o seu bem-estar; (7) por fim, os fatores económicos onde se demonstra que o trabalho informal e não-remunerado dos idosos é frequentemente ignorado, apesar de sua importância. Esses determinantes interagem entre si para garantir um envelhecimento saudável e ativo.

O quadro de referência do envelhecimento ativo baseia-se em três pilares fundamentais: saúde, participação e segurança. A *saúde* é promovida quando os fatores de risco são minimizados e os fatores de proteção são elevados, permitindo que os idosos mantenham qualidade de vida e independência, com acesso adequado a serviços assistenciais quando necessário. A *participação* ocorre quando políticas e programas incentivam o envolvimento dos idosos em atividades socioeconómicas, culturais e espirituais, possibilitando sua contribuição contínua na sociedade. A *segurança* assegura proteção social, física e financeira, garantindo dignidade e assistência aos idosos que necessitam de suporte. Em 2015, o International Longevity Centre – Brasil acrescentou um quarto pilar: a aprendizagem ao longo da vida, destacando sua importância para o bem-estar e a saúde dos mais velhos (International Longevity Centre – Brasil, 2015). Além disso, fatores como cultura e género influenciam transversalmente o envelhecimento ativo, juntamente com determinantes ligados aos serviços sociais e de saúde, economia, ambiente, comportamento e relações sociais.

Segundo o International Longevity Centre – Brasil (2015) para compreender plenamente o envelhecimento ativo, é essencial associa-lo ao conceito de envelhecimento saudável. Ambos os paradigmas se complementam ao enfatizar a importância de manter e promover a autonomia, o bem-estar e a inclusão dos idosos na sociedade. Enquanto o envelhecimento ativo destaca os pilares que sustentam uma vida envelhecida com qualidade — saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida — o envelhecimento saudável aprofunda essa visão ao focar na capacidade funcional do indivíduo e na interação entre suas habilidades internas e o ambiente em que vive (WHO, 2020). Assim, os dois conceitos convergem ao reconhecer que a promoção de políticas e ações integradas é fundamental para garantir uma velhice plena e digna.

O conceito de envelhecimento saudável, segundo a OMS (2015), envolve o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas. A capacidade funcional é resultado da interação entre as capacidades físicas e

mentais do indivíduo e o ambiente que o mesmo vive. Ela inclui atributos como a satisfação de necessidades básicas, aprendizagem, mobilidade, relações sociais e contribuição para a comunidade. Além disso, a capacidade interna do indivíduo envolve habilidades físicas, mentais e psicológicas, enquanto o ambiente engloba fatores externos como produtos, espaços, apoio emocional, atitudes e serviços, que influenciam a funcionalidade e bem-estar do idoso.

O ambiente tem grande importância na capacidade funcional, pois uma boa relação entre o indivíduo e o seu meio pode promover e manter a sua capacidade interna. A limitação funcional impacta negativamente a qualidade de vida dos idosos, afetando mobilidade, interação social e autonomia. Ambientes amigáveis ao idoso são fundamentais para o envelhecimento saudável. Abud *et al.* (2022) identificam dez determinantes do envelhecimento saudável, como atividade física, alimentação, apoio social e inclusão na sociedade, destacando que a otimização desses fatores contribui para um envelhecimento mais saudável.

Segundo WHO (2020), a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) oferece oportunidades de trabalho conjunto e melhoria da capacidade funcional a partir de 2030, com a participação e promoção da autonomia dos idosos, com os objetivos de seus dirigentes: (1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; (2) garantir que as comunidades promovam as competências dos idosos; (3) prestar cuidados integrados e serviços de cuidados primários adequados ao indivíduo e aos idosos; e (4) garantir o acesso a cuidados de longa duração aos idosos que deles necessitam.

Quando abordamos o conceito de envelhecimento bem-sucedido podemos referir de três modelos distintos: o Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990), o Modelo Biomédico de Rowe e Kahn (1997), e o Modelo de Proatividade Corretiva e Preventiva de Kahana e Kahana (1996).

O Modelo SOC de Baltes e Baltes (1990) descreve como as pessoas lidam com perdas, enfatizando a plasticidade, ou seja, a capacidade de adaptar a trajetória de vida. O modelo envolve três mecanismos: Seleção (escolha de objetivos), Otimização (maneira de alcançar os objetivos) e Compensação (uso de alternativas para manter o funcionamento). Esses mecanismos são considerados universais e podem ser realizados de forma consciente ou inconsciente. O modelo abrange critérios como vida longa, saúde biológica e mental, eficácia cognitiva, competência social, produtividade, controle pessoal e satisfação com a vida.

Relativamente ao envelhecimento bem-sucedido Baltes e Baltes (1990) criticam um conjunto de critérios tido como relevantes à época: vida longa, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência social, produtividade, controle pessoal e satisfação com a vida,

constituindo estes sete critérios, segundo os mesmos autores um excelente ponto de partida para a avaliação do envelhecimento bem-sucedido. Em vez disso, os autores supra-citados propõem um novo modelo de envelhecimento bem-sucedido – o modelo da otimização seletiva com compensação (SOC).

Baltes e Baltes (1990) também destacam sete proposições sobre o envelhecimento bem-sucedido: (1) diferenças entre envelhecimento normal, ótimo e patológico; (2) variabilidade no envelhecimento entre os indivíduos; (3) reserva latente e plasticidade, permitindo novas aprendizagens; (4) limites de capacidade cognitiva com a idade; (5) pragmáticas cognitivas que compensam declínios mentais; (6) desequilíbrio progressivo entre ganhos e perdas com a idade; e (7) resiliência do *self* na velhice, com a persistência de satisfação e controle pessoal, apesar de estereótipos negativos.

O Modelo Biomédico de Rowe e Kahn (1997) propõe uma distinção entre envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento normal, desafiando a visão gerontológica tradicional de que a ausência de doenças é suficiente para um envelhecimento saudável. Eles definem o envelhecimento bem-sucedido de uma perspectiva biomédica, que envolve três componentes principais: (1) baixo risco de doenças e incapacidade, adoção de um estilo de vida saudável e vida social ativa; (2) altas capacidades cognitivas e funcionais, ou seja, o que a pessoa é capaz de fazer e realmente faz; e (3) envolvimento ativo na vida, incluindo relações interpessoais e atividades produtivas.

Os autores enfatizam que manter relações estreitas e envolver-se em atividades significativas ao longo da vida é crucial para o bem-estar, especialmente na velhice. Embora o envelhecimento traga perdas, como a morte de amigos e mudanças familiares, é importante que os idosos continuem a participar de atividades e a estabelecer novos vínculos. Rowe e Kahn (1997) propõem que o envelhecimento bem-sucedido pode ser promovido ao tornar os recursos mais acessíveis, aumentando o número de pessoas que experimentam um envelhecimento saudável.

O Modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva Kahana e Kahana (1996) foca o potencial das pessoas idosas para enfrentar os desafios do envelhecimento, utilizando recursos para uma adaptação positiva. O modelo salienta a forma como se consegue a manutenção do bem-estar psicológico e a participação em atividades sociais, incluindo para os idosos que estão expostos a *stress* como a doença, a fragilidade e a perda social. Neste modelo, a disposição psicológica (como a esperança e a autoestima) influencia tanto o ajustamento positivo como a qualidade de vida. A positividade desempenha um papel importante no aumento da resiliência das pessoas idosas. As atitudes positivas são adquiridas com base na prevenção de fatores

stressantes e na modificação desses acontecimentos, um modelo de processo que visa explicar como os idosos apresentam indicadores de envelhecimento bem-sucedido.

O modelo destaca ainda o papel dos recursos internos e externos, incluindo influências espaciais e temporais, que afetam a qualidade de vida. Os autores definem três comportamentos adaptativos preventivos (promoção de saúde, planeamento do futuro e ajuda aos outros), três modificadores (organização do apoio social, substituição de papéis sociais e modificação do ambiente) e três comportamentos emergentes (uso da tecnologia, procura por cuidados de saúde e autoaperfeiçoamento). Esses comportamentos ajudam os idosos a enfrentar doenças crónicas e a melhorar sua qualidade de vida, mesmo diante de desafios. Assim, no Modelo de Kahana e Kahana (1996), a Proatividade Preventiva e Corretiva é central, baseando-se na prevenção do stress e na correção dessas situações. Assim, é necessário proceder a adaptações preventivas para o aliviar acumulado e a adaptações corretivas para aliviar o mesmo *stress*. O modelo mostra também que há uma referência constante a fatores sociais, como a ajuda aos outros na adaptação preventiva e o autoaperfeiçoamento na adaptação emergente. No que respeita à ajuda dada aos outros, é evidente que a manutenção das redes sociais, da família, das amizades e da vizinhança é importante para envelhecer bem.

Gerontologia e Gerontologia Social

Tendo em conta o envelhecimento acelerado da população e a complexidade deste processo, surgiu um novo campo de investigação.

Fernández-Ballesteros (2000) destaca que a Gerontologia abrange um vasto conjunto de conhecimentos que incluem áreas biológicas (como biologia, medicina e enfermagem), psicológicas (incluindo psicologia do desenvolvimento, psicologia social e cognitiva) e sociais (como sociodemográfica, ecologia humana e interação social). Assim, a abordagem teórica da Gerontologia é de natureza biopsicossocial. No que diz respeito aos aspetos biológicos, estes concentram-se na investigação das alterações que ocorrem com o envelhecimento e a passagem do tempo. Quanto aos conhecimentos psicológicos, a autora salienta que estes se relacionam com o estudo das mudanças e da estabilidade das diversas funções cognitivas, tais como atenção, perceção, aprendizagem, afetividade e personalidade. Por fim, os conhecimentos sociais focam-se na análise das transformações associadas à idade em termos de papéis sociais, estruturas sociais e contextos culturais. Conclui-se, assim, que ao estudar o envelhecimento, a velhice e o idoso, a Gerontologia assume um carácter claramente interventivo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Já a Gerontologia Social, termo utilizado pela primeira vez por Clark Tibbits em 1954, refere-

Para Fernández-Ballesteros (2000), a Gerontologia Social diferencia-se da Gerontologia por aprofundar e desenvolver de forma mais detalhada a sua dimensão social. Assim, o Gerontólogo Social precisa de possuir conhecimentos biopsicossociais sobre a velhice e o envelhecimento, expandindo-os sempre que necessário, de modo a compreender o fenómeno do envelhecimento sob uma ótica social e aplicá-los em benefício das pessoas idosas. Bass (2009) propõe uma teoria integrada de gerontologia social que combina uma abordagem macro (contextos sociais, económico, ambiental, cultural e político) e micro (nível individual e familiar). Esta teoria destaca como os recursos disponíveis influenciam o envelhecimento e como os indivíduos respondem ao seu processo de envelhecimento e aos aspetos das vidas. O envelhecimento ocorre em diferentes contextos e é moldado por eventos históricos e ideologias políticas, com vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida, afetando capacidades e comportamentos na velhice.

A. Família, religião e expectativas e tradições culturais (cultura)

B. Circunstâncias macro e micro-econômicas e recursos/bens individuais (economia)

C. Política pública, serviços da saúde, sistemas de suporte social e programas governamentais

E. Contextos históricos residuais

F. O indivíduo e as condições genéticas, fisiológicas e psicológicas enraizadas na coorte de nascimento)

14

A figura 1 representa esta teoria, onde as dimensões verticais incluem o tempo, a experiência acumulada, a história e os acontecimentos que afetam o indivíduo no centro. Os quatro elementos que unificam a estrutura do diagrama referem-se à economia (condições macro, microeconómicas, recursos e bens individuais), à política, à cultura (família, religião, expectativas e tradições culturais) e aos grupos. Cada um dos elementos em interação representa as diferentes interações que os indivíduos têm com diferentes estruturas ao longo do tempo.

O estudo da gerontologia torna-se de grande importância, dado o aumento repentino da população idosa e a necessidade de encontrar respostas com base científica que possam explicar o envelhecimento humano e transferi-lo para a prática quotidiana, através da criação de serviços inovadores num só. Uma sociedade solidária e inclusiva onde o envelhecimento não seja um problema, mas uma conquista para os seres humanos (Bass, 2009).

Segundo Paço (2016) os Gerontólogos, têm a capacidade de avaliar e promover um envelhecimento ativo e bem-sucedido, abrangendo todas as componentes do idoso: mental, social, emocional, física, sexual e espiritual. O Gerontólogo tem na sociedade um papel crucial agindo como um agente transformador, promovendo ações que vão de encontro à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, destacando-se pelas suas intervenções, analisando sempre o idoso como um todo. Da mesma forma, cabe ao Gerontólogo, adquirir uma distância crítica relativamente ao senso comum institucional, ainda muito enraizado em algumas das mais antigas estruturas residenciais, procurando captar a diferenciação dos modos de viver a velhice, em função daqueles que são os grupos sociais aos quais os indivíduos pertenceram toda a vida. É esta atitude reflexiva, que leva o Gerontólogo a reconhecer que as expressões “terceira idade” e “sénior” são enganadoras na medida em que dissimulam a heterogeneidade social que caracteriza esta fase de vida e mantêm a ilusão de que os idosos constituem um grupo etário homogéneo baseado no critério idade.

O Gerontólogo é um profissional de proximidade e de terreno, considerando assim o seu papel na gestão e planificação de serviços de apoio ao idoso uma mais-valia, por causa da sua visão holística do envelhecimento. Tendo em conta que a formação em várias áreas permite-lhe efetuar uma avaliação multidimensional e detetar problemas, acompanhá-los e encaminhá-los para outros profissionais. Daí o autor acima citado considerar a interdisciplinaridade uma pedra basilar do trabalho do idoso. (Paço, 2016)

Luto, depressão e viuvez

Para Praxedes *et al.* (2021) o luto é um processo multifacetado e dinâmico, que envolve não só a dor pela perda, mas também uma reconfiguração da identidade pessoal e social, o que pode resultar num sofrimento psicológico significativo. Abordaremos a relação entre luto, depressão e viuvez, com foco nos efeitos psicológicos desta experiência e nas estratégias terapêuticas atuais para o seu enfrentamento.

O luto é uma resposta emocional e natural à perda de alguém significativo. A viuvez é uma forma particular de luto, que pode envolver mudanças significativas na vida do enlutado. A teoria do luto proposta por Worden (2018) destaca que o luto é um processo contínuo que exige enfrentar as tarefas de luto, como por exemplo, aceitar a realidade da perda, gerir a dor da perda e reconfigurar a identidade após a morte do cônjuge.

A depressão pós-viuvez é um fenómeno amplamente pesquisado, com diversos estudos apontando para o aumento significativo da prevalência de transtornos depressivos entre pessoas que perderam seus cônjuges. De acordo com Kristiansen *et al.* (2018), a prevalência de sintomas depressivos em viúvos pode variar entre 19% e 40%, especialmente no primeiro ano após a perda, indicando a necessidade de maior atenção a esta população vulnerável. Por sua vez Galione (2016) destaca que a intensidade da depressão pós-viuvez pode ser influenciada por fatores como a qualidade do relacionamento conjugal, a idade da pessoa enlutada e a disponibilidade de suporte social.

O luto complicado, caracterizado por uma tristeza profunda e duradoura, pode evoluir para um quadro de depressão maior caso não receba tratamento adequado. Stroebe *et al.* (2017) ressaltam que a ausência de apoio social efetivo e o isolamento, condições frequentemente observadas em pessoas enlutadas, especialmente viúvas e viúvos, elevam significativamente o risco de depressão persistente nesse grupo.

O suporte social tem um papel fundamental na adaptação ao luto e na prevenção de complicações psicológicas, como a depressão. Indivíduos que possuem uma rede de apoio robusta demonstram melhor capacidade de enfrentar o luto e reduzir os sintomas de depressão. Meireles e Lima (2016) afirmam que, além do apoio emocional de amigos e familiares, grupos de apoio para pessoas enlutadas também têm mostrado resultados positivos, pois oferecem um espaço seguro para compartilhar de experiências e sentimentos.

Luto nas pessoas mais velhas: a viuvez

Para Oliveira *et al.* (2022), a viuvez representa uma das experiências mais dolorosas enfrentadas pelos idosos, pois envolve não apenas a perda de um ente querido, mas também uma reconfiguração significativa da identidade e da forma como o idoso percebe seu lugar no mundo. O luto que sucede a morte do cônjuge pode ser longo, difícil e de grande intensidade, afetando tanto a saúde emocional quanto a física do idoso.

A teoria da vinculação proposta por Bowlby (1980) tem sido amplamente aplicada no estudo do luto, especialmente no caso da viuvez. De acordo com essa teoria, a perda de um cônjuge afeta o idoso de maneira profunda uma vez que a relação conjugal é frequentemente uma fonte primária de segurança emocional, apoio e identidade. A ausência desse "porto seguro" pode resultar em sentimentos de desamparo, solidão e perda de propósito (Stroebe *et al.*, 2017).

O impacto psicológico da viuvez na velhice é profunda e amplamente documentado. Pesquisas recentes indicam que idosos que perderam seus cônjuges enfrentam maiores riscos de desenvolver sintomas de depressão, ansiedade e isolamento social, quando comparados a idosos casados. De acordo com Jiang *et al.* (2023) a solidão é uma das principais consequências da viuvez, contribuindo significativamente para o agravamento do sofrimento emocional e o surgimento de quadros depressivos. Resultados do mesmo estudo destacam, também, que a ausência de suporte emocional imediato e o aumento do stress após a perda podem acelerar a deterioração da saúde mental dos viúvos. Diante disso, os autores reforçam a importância das redes de apoio social — como vínculos familiares, comunitários e amigos — como fator de proteção essencial para mitigar os efeitos negativos da viuvez.

Outro aspecto relevante da viuvez na velhice é o aumento do risco de comorbidade física após a perda do cônjuge. A morte de uma pessoa significativa pode desencadear reações fisiológicas intensas, como alterações no sistema imunológico, elevação da pressão arterial e agravamento de condições de saúde já existentes, como doenças cardiovasculares e metabólicas. De acordo com Buckley *et al.* (2012), o luto está associado a uma resposta fisiológica de *stress* agudo e/ou crônico, que inclui aumento da atividade simpática, alterações inflamatórias e disfunções autonômicas, com impacto negativo no estado de saúde física dos idosos. Estes dados reforçam que o luto não é apenas uma experiência emocional dolorosa, mas também um processo fisicamente debilitante, especialmente numa fase da vida caracterizada por maior vulnerabilidade orgânica.

Para Oliveira e Lopes (2008) o processo de luto entre os idosos pode variar dependendo

de uma série de fatores. A qualidade do casamento desempenha um papel fundamental, e os casamentos de longa data e com vínculos emocionais fortes tendem a resultar em um luto mais intenso, uma vez que se trata da perda de uma pessoa com a qual o idoso compartilhou não apenas a vida, mas também muitas experiências significativas.

O luto é um processo individual e único para cada idoso, e neste como em qualquer situação de luto, pode ser analisado segundo Kübler-Ross (1969), existem cinco estádios no luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. No estágio da negação, o enlutado sente-se em choque e suprime emoções para lidar com a perda. Na raiva, a pessoa começa a perceber a realidade da perda e direciona a sua revolta para algo ou alguém. A negociação ocorre quando o enlutado se culpa pela perda e tenta reverter a situação, muitas vezes com promessas. A depressão é marcada pela sensação de vazio e impotência, sendo a fase mais associada ao luto na sociedade. Por fim, a aceitação não implica sentir-se bem com a perda, mas sim aceitar a nova realidade e tentar retomar atividades abandonadas após o luto.

O luto, portanto, não se resume apenas às etapas emocionais descritas por Kübler- Ross (1969), mas também é profundamente influenciado por fatores externos e contextuais que moldam a experiência do enlutado. Nesse sentido, segundo Parreira (2022), muitos elementos podem interferir no processo de luto do idoso que perde o cônjuge, como a presença ou ausência de redes de apoio social, a saúde física e mental do indivíduo e a qualidade do relacionamento conjugal. Aqueles que têm uma rede de suporte social, como família e amigos, tendem a adaptar-se melhor à viuvez e ao luto. Por sua vez, o isolamento social pode intensificar o sofrimento e dificultar a capacidade de enfrentar a perda. Para Guadalupe e Vicente (2022), as redes de apoio são essenciais no processo de luto, pois proporcionam um espaço para expressar a dor, partilhar memórias e encontrar conforto. Em Portugal, culturalmente, os laços familiares são muitas vezes muito fortes e estas estruturas familiares podem servir de pilar de apoio nos momentos mais difíceis.

De acordo com Calache *et al.* (2022) além dos problemas emocionais, a viuvez também pode ter implicações práticas. Muitos casais, especialmente aqueles que estão juntos há muito tempo, partilham responsabilidades e recursos financeiros. Assim, perder o cônjuge pode levar à insegurança financeira e à dificuldade de manter um padrão de vida. O mesmo autor cita que evidenciam que viúvas e viúvos tem maior probabilidade de enfrentar dificuldades financeiras, o que pode piorar também o seu estado emocional.

O suporte social tem um impacto crucial na forma como o idoso vivencia a viuvez. Aqueles com uma rede de apoio forte, composta por amigos, familiares e membros da comunidade, tendem a experimentar menos sintomas de depressão e ansiedade após a perda. Num estudo

de Logan *et al.* (2018), foi evidenciado que idosos viúvos que receberam apoio de amigos e familiares apresentaram uma recuperação emocional mais rápida e uma melhor adaptação à nova fase da vida.

Outra estratégia importante é a promoção da atividade social e física. Para Adams *et al.* (2011) manter-se ativo, tanto social quanto físico, pode ajudar a melhorar o bem-estar emocional do idoso. A participação em atividades comunitárias ou a prática de exercícios físicos, como caminhadas ou yoga, pode reduzir o *stress* e melhorar a saúde mental. Além disso, essas atividades promovem a manutenção da saúde física, que é crucial para prevenir o declínio geral da saúde do idoso.

Segundo Teodoro e Batista (2020) a viuvez representa uma das perdas mais profundas e difíceis para os idosos, que pode levar a uma série de desafios emocionais, psicológicos e sociais. A perda do cônjuge pode desencadear sintomas de depressão, solidão e ansiedade, sendo muitas vezes exacerbada pela falta de apoio social e pela deterioração da saúde física do idoso. No entanto, estratégias de enfrentamento, como apoio psicológico, participação em grupos de luto e o incentivo à atividade social, podem ajudar significativamente na adaptação ao luto, promovendo a recuperação e o bem-estar emocional. Reconhecer e compreender as necessidades dos idosos enlutados é essencial para apoiar adequadamente esse processo de transição e ajudar a minimizar os impactos negativos da perda.

Depressão nas pessoas mais velhas: o caso da associação à viuvez

A viuvez, enquanto evento de perda, desencadeia um conjunto de reações emocionais e psicológicas que podem variar de uma tristeza normal e passageira até uma depressão clínica severa. Segundo Bowlby (1980), o luto é uma resposta emocional normal à perda de um ente querido e pode ser compreendido como um processo adaptativo que visa reorganizar a vida da pessoa após a perda. No entanto, para muitas pessoas idosas, especialmente aquelas que perderam um parceiro de longa data, esse processo de luto pode se prolongar e resultar em sofrimento psicológico duradouro.

Para Santos *et al.* (2023) a depressão é uma condição de saúde mental que afeta uma significativa parcela da população idosa, sendo frequentemente subdiagnosticada ou subtratada nesta faixa etária. A experiência de luto pela perda de um cônjuge, conhecida como viuvez, é um dos principais eventos de *stress* da vida que pode agravar sintomas depressivos nos idosos. Os estudos de Li *et al.* (2023) mostram que, entre pessoas mais velhas, a depressão pode ter um impacto profundo na qualidade de vida, na saúde física e no bem-estar social. No caso de idosos

viúvos, essa condição pode ser especialmente agravada. Os resultados da investigação de Li *et al.* (2023) destaca que a participação social exerce um papel fundamental na redução dos sintomas depressivos nessa população, efeito este mediado pela resiliência psicológica. Além disso, reconhece-se que fatores como o apoio social, a saúde física, a história prévia de depressão e o contexto do luto influenciam significativamente a intensidade da depressão em situações de viuvez.

A evidência recente indica que a viuvez pode comprometer significativamente a qualidade de vida dos idosos, intensificando sintomas depressivos, especialmente quando há ausência de suporte familiar adequado (Zhu *et al.*, 2024). A perda do cônjuge na velhice tende a agravar sentimentos de solidão, reduzir o suporte social disponível e enfraquecer os papéis sociais previamente desempenhados. No entanto, o apoio intergeracional, sobretudo vindo dos filhos, pode atenuar esses efeitos, funcionando como um fator protetor contra o desenvolvimento de depressão.

De acordo com Freak-Poli *et al.* (2022), a viuvez está frequentemente associada a um aumento acentuado nos sentimentos de solidão e alterações nos perfis de apoio social. Após a perda do cônjuge, muitos idosos experienciam uma intensificação do isolamento social, mesmo que mantenham contactos com familiares ou amigos, o que pode não ser suficiente para evitar a sensação de vazio emocional. Esta solidão persistente, característica do período pós-viuvez, pode desencadear sintomas depressivos como tristeza prolongada, perda de interesse pelas atividades diárias, sentimentos de inutilidade e alterações no sono e apetite. O estudo sublinha ainda que o impacto emocional da viuvez tende a ser mais acentuado quando não existem recursos de suporte suficientes, sendo a solidão percebida um fator central para o desenvolvimento de depressão nesta fase da vida. Outro fator relevante é a rede de apoio social do idoso. Aqueles que possuem uma rede de apoio social limitada, com poucos amigos ou familiares próximos, estão mais propensos a desenvolver depressão após a viuvez (Wu *et al.*, 2022). A falta de apoio emocional e a solidão social são particularmente prejudiciais para a saúde mental, pois a socialização e o suporte familiar podem atuar como importantes mediadores do *stress* emocional.

Além disso, a história prévia de depressão é um fator significativo na predisposição ao desenvolvimento de transtornos depressivos após a viuvez. Idosos com histórias de episódios depressivos anteriores têm maior risco de sofrer uma recaída da condição após a perda de um cônjuge. A perda do cônjuge pode reativar sentimentos de tristeza e desesperança que estavam latentes, resultando num agravamento do quadro clínico (Carr *et al.*, 2020).

O caso dos idosos em instituições residenciais

A depressão pós-viuvez é um fenômeno complexo, que envolve uma interação de fatores individuais, sociais, psicológicos e contextuais, podendo adquirir diferentes nuances, com especial destaque para a realidade dos idosos em instituições residenciais. Embora o luto seja uma resposta natural à perda, quando se prolonga e evolui para um quadro depressivo, especialmente em idosos viúvos residentes em instituições, pode comprometer seriamente o bem-estar e a saúde mental (Jiang *et al.*, 2023).

A institucionalização, entendida como o processo de transição do idoso para uma instituição de longa permanência, representa uma mudança significativa na vida desse indivíduo. Essa transição é frequentemente associada à perda de autonomia, ao distanciamento da rede familiar e comunitária, à rutura com a rotina anterior e, muitas vezes, à sensação de abandono (Peralta *et al.*, 2021). No caso de idosos viúvos, esses sentimentos tendem a ser intensificados pela dor do luto recente, transformando o ambiente institucional simultaneamente num espaço de cuidado e num potencial fator de risco para o agravamento do sofrimento emocional (Martins *et al.*, 2019). Do mesmo modo, a atenção deverá ser dada a idosos, que apesar de não serem residentes, passam o seu dia em instituições.

A vivência do luto em contexto institucional pode ser particularmente desafiadora, uma vez que o idoso se encontra privado de um ambiente íntimo e pessoal onde possa elaborar a perda. O luto, já naturalmente complexo e subjetivo, quando experienciado sob as regras e rotinas de uma instituição, tende a ser silenciado, desvalorizado ou até mesmo negligenciado (Peralta *et al.*, 2021). Embora a convivência com outros residentes possa proporcionar apoio emocional e oportunidades de socialização, pode também acentuar o sofrimento caso o idoso sinta que sua dor não é legitimada ou acolhida. Além disso, o ambiente institucional, por estar frequentemente associado ao cuidado de fim de vida, pode reforçar a percepção da própria finitude, principalmente quando há episódios de adoecimento ou morte entre os residentes (Martins *et al.*, 2019).

Nesse cenário, torna-se fundamental repensar o modo como as instituições lidam com a saúde emocional dos idosos enlutados. Profissionais de saúde e cuidadores, muitas vezes focados nas reclamações físicas e funcionais, acabam deixando em segundo plano as dimensões emocionais, espirituais e existenciais da velhice (Peralta *et al.*, 2021). A ausência de protocolos e de formação específica para lidar com o luto e a saúde mental na velhice institucionalizada favorece a subnotificação dos sintomas depressivos e a falta de encaminhamento para suporte psicológico adequado.

Estudos como o de Djire *et al.* (2012) reforçam que a percepção da morte em instituições pode desencadear sentimentos negativos, ansiedade e quadros depressivos, sobretudo quando não há suporte psicológico adequado.

As mulheres institucionalizadas, em particular, podem ser mais afetadas, dado que representam a maioria da população idosa em instituições, devido à sua maior longevidade. Estas mulheres, frequentemente marcadas por uma trajetória de dependência económica e fragilização dos laços familiares, podem vivenciar a viuvez de forma mais intensa e duradoura (Lampert & Ferreira, 2018).

Parkes e Prigerson (2013) destacam a importância de reconhecer as diferentes respostas ao luto e defendem a necessidade de uma abordagem sensível e personalizada, sobretudo em contextos onde o apoio emocional é limitado. Nas instituições, essa recomendação deve traduzir-se em ações concretas: criação de espaços de escuta e expressão emocional, acompanhamento psicológico regular, formação das equipas em luto e saúde mental, e o incentivo à manutenção de laços com a família e a comunidade.

Tendências da investigação no domínio

A investigação científica sobre luto, depressão e viuvez em idosos tem fornecido valiosas informações sobre como essas experiências afetam a saúde mental e o bem-estar das pessoas mais velhas.

As variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade, sexo, escolaridade e zona geográfica de residência parece refletir características fundamentais da população idosa que orientam diversas tendências de investigação no domínio do envelhecimento. Estes dados fornecem informações relevantes sobre as desigualdades, vulnerabilidades e potencialidades que marcam o percurso das pessoas idosas, servindo de base para estudos atuais e futuros.

De acordo com Baumbach *et al.* (2024), as mulheres idosas, principalmente aquelas que desempenharam o papel de cuidadoras ao longo da vida enfrentam desafios únicos no processo de luto, pois a transição da função de cuidadora para a viuvez pode intensificar sentimentos de dependência emocional e social em relação ao parceiro. Esse papel prolongado pode resultar numa maior vulnerabilidade à depressão, culpa e dificuldades emocionais, evidenciando a importância do apoio social e psicológico para ajudá-las a lidar com essa perda e reconstruir suas vidas.

Os estudos de Jiang *et al.* (2023), por sua vez, indicam que homens viúvos tendem a procurar

menos apoio social e psicológico, o que os torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos, como depressão e problemas de saúde física, como doenças cardiovasculares, salientando que a falta de suporte emocional imediato, especialmente no primeiro ano de viuvez, pode agravar a condição de saúde mental masculina.

Farinasso e Labate (2015) tendo como objetivo compreender o significado da vivência do luto em idosos após a morte do cônjuge, identificaram categorias como luto e saudade, histórico de perdas e resiliência, negação como mecanismo de defesa no luto, mediado pela culpa e depressão como reação à perda. Esses achados ressaltam a importância de profissionais de saúde estarem cientes dos desdobramentos provocados pela viuvez para oferecer suporte emocional adequado aos idosos enlutados.

Os resultados de Júnior *et al.* (2023) mostram que idosos com baixo nível de escolaridade enfrentam maiores dificuldades para lidar com o luto, o que pode levar ao isolamento social e à depressão persistente. Esses idosos também apresentam menor acesso à informação sobre recursos de saúde mental e redes de apoio social, o que limita sua capacidade de procurar ajuda profissional e utilizar estratégias eficazes para enfrentar o luto. Em contraste, idosos com maior escolaridade demonstram maior resiliência ao luto, possivelmente devido à sua maior capacidade cognitiva, autonomia na procura de informação e acesso a redes formais e informais de apoio. Esses indivíduos têm maior probabilidade de participar de grupos de apoio, realizar atividades sociais e recreativas, e procurar suporte psicológico especializado.

Segundo Marcelino *et al.* (2024), idosos residentes em áreas rurais enfrentam um isolamento social mais intenso após a perda do cônjuge. A escassez de serviços especializados em saúde mental nessas regiões dificulta o acesso ao cuidado psicológico, aumentando a vulnerabilidade à depressão relacionada ao luto. Os resultados do estudo apontam para que nas zonas rurais, os idosos viúvos têm maior dificuldade em manter relações sociais fora do núcleo familiar, o que intensifica o sentimento de solidão. Em contrapartida, idosos que vivem em áreas urbanas têm acesso mais facilitado a serviços de saúde mental, como psicoterapia, grupos de apoio e centros comunitários, o que contribui para a redução dos sintomas depressivos. Além disso, esses idosos das zonas urbanas costumam participar mais em atividades coletivas e comunitárias, o que promove estratégias para enfrentar o luto de forma mais eficaz.

Stedile *et al.* (2017) num estudo qualitativo, exploram a percepção de idosos sobre os recursos que favoreceram o processo de adaptação à viuvez e as transformações nas suas vidas após a perda do cônjuge. O estudo destacou a importância de fatores como proximidade nas relações familiares, apoio social percebido e espiritualidade para enfrentar o luto. Esses elementos ajudaram a minimizar o sentimento de solidão desencadeado pela morte do

companheiro.

Amorim (2011) investigou o processo de resiliência em idosos viúvos, identificando fatores que auxiliam na adaptação à perda do cônjuge. O estudo revelou que apoio familiar, saúde geral, recursos econômicos e um autoconceito positivo são condições essenciais para a manifestação e manutenção da resiliência. Apesar de algumas fragilidades emocionais, os idosos demonstraram percepção das suas capacidades e procuram suprir suas carências, evidenciando a importância de fatores de proteção no processo de luto.

De acordo com Eisma e Buyukcan-Tetik (2025), os sintomas de luto prolongado estão fortemente associados ao aumento da solidão social e emocional, bem como ao aparecimento de sintomas depressivos, especialmente em adultos mais velhos. Essa condição pode comprometer significativamente a saúde mental e o bem-estar geral de viúvas e viúvos. Diante destes resultados, o autor refere que se torna fundamental o fortalecimento das redes de apoio, como a presença ativa da família, a participação em grupos de partilha de luto e o acompanhamento psicológico, os quais são essenciais para auxiliar os idosos a enfrentar a perda e reconstruir um sentido de propósito em suas vidas.

O estudo de Zheng e Yan (2024) indicou que a viuvez, tanto a curto quanto a médio/longo prazo, leva um aumento significativo na depressão entre idosos. Além disso, o apoio social, especialmente o cuidado dos filhos e o suporte da comunidade, pode atenuar os efeitos negativos da viuvez na saúde mental, com variações entre homens e mulheres.

No estudo de Escobar - Agreda *et al.* (2023) cerca de 14,1% dos idosos apresentaram luto complicado, com associação significativa a depressão (1,44%), ansiedade (1,35%) e ideação suicida (2,84%). O estudo sugere a importância de intervenções psicossociais em idosos viúvos.

O estudo de Srivastava *et al.* (2021) refere que os idosos viúvos que vivem sozinhos têm 56% mais chances de sofrer de depressão em comparação com os idosos casados que coabitam. Além disso, a satisfação com a vida e a saúde percebida foram fatores significativos associados à prevalência de depressão.

Peralta *et al.* (2021) num estudo qualitativo, investiga o luto antecipatório nos idosos institucionalizados e analisa como a institucionalização pode agravar a experiência do luto, especialmente naqueles que perderam o cônjuge ou que enfrentam a possibilidade de perda iminente. De acordo com Nihtilä e Martikainen (2008), o risco de depressão em idosos institucionalizados é significativamente maior no primeiro mês após a morte do cônjuge, risco que diminui ao longo do tempo, estabilizando-se em níveis mais baixos após um ano.

Segundo o estudo de Zheng e Yan (2024) a perda conjugal está fortemente associada a

aumento de sintomas depressivos e de solidão, com redução da qualidade de vida entre idosos, tanto comunitários como institucionalizados. Os estudos recentes descrevem quedas significativas nos índices de bem-estar psicológico após a viuvez. Em amostras portuguesas há evidências de correlações claras entre institucionalização, solidão e sintomatologia depressiva.

Estudos recentes de Silva et al. (2024) documentam maior prevalência de sintomatologia depressiva e de solidão entre institucionalizados versus não institucionalizados, e relacionam estes achados com pior qualidade de vida e necessidade de intervenção psicossocial nos centros de dia e lares. Estes trabalhos reforçam a necessidade de triagem e programas de apoio localmente adaptados.

MÉTODO

Opções Metodológicas

Neste ponto apresentam-se as opções metodológicas associadas ao processo de investigação, nomeadamente os objetivos, tipo de estudo, população e amostra, bem como os instrumentos e procedimentos utilizados para a recolha, tratamentos e análise de dados utilizados na operacionalização do mesmo

De acordo com Fortin (2009), a fase metodológica consiste em definir os meios e realizar a investigação.

Justificação da problemática

O tema de estudo é um elemento particular do domínio de conhecimentos que interessa ao investigador impulsionando-o a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos (Fortin, 2009).

Face ao exposto, definiu-se como temática de estudo luto e depressão entre pessoas idosas viúvas, que demonstrou ser do interesse da investigadora relacionado com o seu contexto de trabalho.

Objetivos de estudo

Um objetivo para um estudo, é de acordo com Fortin (2009), um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo, funcionando como o fio condutor da investigação. Neles são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.

Para Hernández-Sampieri *et al.* (2010) os objetivos da pesquisa indicam o que se pretende da mesma, devendo estes ser apresentados com clareza, pois são os guias do estudo.

Os objetivos que norteiam este estudo são:

Objetivo geral

- Analisar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas viúvas em função das características sociodemográficas, bem como aspetos associados ao luto.

Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de sintomatologia depressiva em viúvos idosos residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e utilizadores de Centros de Dia;
- Analisar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e utilizadores de Centros de Dia, em função das características sociodemográficas;
- Analisar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e utilizadores de Centros de Dia, em função da experiência de perda/luto.

Desenho de Investigação

Tendo em consideração a problemática e os objetivos definidos, o presente estudo orienta-se por uma investigação de natureza quantitativa, um processo que utiliza a recolha de dados e recorre à medição e análise estatística para extrair conclusões (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Considera-se ainda estudo de carácter do tipo transversal, uma vez que consiste na obtenção de informação relativa a uma determinada situação num determinado período (Fortin, 2009).

As questões de investigação e os objetivos definidos deram a orientação para um estudo descritivo e correlacional, uma vez que descreve variáveis e analisa o seu impacto, relação ou grau de associação numa amostra ou num contexto particular (Hernández - Sampieri & Mendonza, 2018).

Participantes e procedimento de recolha de dados

Constituiu-se, para este estudo uma amostra não probabilística, de pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou utilizadores de Centros de Dia, na região norte do país

Estabeleceram-se alguns critérios de inclusão no estudo, nomeadamente:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos;

- Ser viúvo há pelo menos 6 meses (período mínimo após a perda para garantir que o processo inicial de luto se tenha desenvolvido, de forma facilitar a avaliar os possíveis sintomas de depressão);
- Não ter perturbação do estado de consciência ou patologia mental grave com capacidade de comunicação e de compreensão (informação dada pela diretora técnica);
- Aceitar voluntariamente participar no estudo;
- Ter e estar disponível para responder às questões.

O estudo foi divulgado em diferentes instituições. Posteriormente, foram contactadas aquelas que manifestaram disponibilidade para participar, sendo o momento de aplicação do protocolo agendado de acordo com a sua conveniência.

Para a recolha da informação, foi realizada uma entrevista estruturada destinada à aplicação do protocolo de investigação, com duração aproximada de 30 minutos. Participaram pessoas idosas que cumpriam os critérios de inclusão, sendo todas as entrevistas conduzidas pela investigadora entre 16 de fevereiro e 22 de março de 2024. No momento da entrevista, o estudo foi novamente apresentado e obteve-se o consentimento informado dos participantes. As entrevistas decorreram individualmente, em espaço adequado e que assegurava as condições necessárias, nomeadamente a privacidade.

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), sob o código CECSVS2023/09/ii.

Foi condição imprescindível para a obtenção dos dados, o consentimento informado por parte dos participantes, garantindo que os mesmos tinham compreendido toda a informação e aceitavam participar no estudo salvaguardando assim os interesses dos mesmos e garantindo o respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa. Foram também dadas as informações de que seriam respondidas todas as questões que quisessem e providenciados todos os esclarecimentos acerca dos aspetos que considerassem importantes. O participante foi ainda claramente informado do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso trouxesse qualquer implicação ou consequência para ele. Foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida.

Instrumentos de recolha de dados

Face aos objetivos propostos no presente estudo, foi necessário construir um protocolo de estudo integrando os instrumentos que parecerem os mais adequados em função dos objetivos propostos.

- Questionário sociodemográfico e situacional (situação de viuvez)

Os dados foram recolhidos com um questionário sociodemográfico e situacional (consultar anexo), sendo que o guião do questionário foi construído especificamente para este estudo.

- Escala de Depressão Geriátrica (GDS), criada por Yesavage *et al.* (1982) na versão portuguesa de Pocinho *et al.* (2009)

Este instrumento permite avaliar sintomas depressivos em idosos. Na sua versão original, esta escala é constituída por 30 itens (GDS-30), em que as respostas espelham o modo como a pessoa idosa se sentiu durante a última semana (Pocinho *et al.*, 2009). De modo a simplificar a resposta, os autores escolheram uma escala de índole dicotómica, sim ou não, para cada item. Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Pocinho *et al.* (2009). Tendo em conta a sua extensão, alguns autores indicam que a aplicação da GDS-30 pode induzir à fadiga das pessoas idosas. Assim, no presente estudo será utilizada uma versão curta da escala original, a DGS- 15, composta por 15 itens. Esses itens, em conjunto, mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas atenuando a fadiga do participante. Na escala validada por Pocinho *et al.* (2009) atribui-se um ponto para a resposta sim e zero pontos para a resposta não, os itens 1, 5, 7, 11 e 13 têm cotação inversa (um ponto para a resposta não e zero pontos para a resposta sim), tendo como cotação final o somatório das respostas nos 15 itens. A pontuação total permite considerar três possibilidades: 0-5 pontos: sem depressão; 6-10 pontos: depressão ligeira a moderada; 11 a 15 pontos: depressão grave.

O alfa de Cronbach da escala total é de 0,83, indicando um bom nível de consistência interna. Esse valor sugere que os itens da escala são adequados para medir a mesma construção e que há uma boa confiabilidade nas respostas obtidas. Assim, a escala pode ser considerada consistente e confiável para uso na avaliação proposta.

Estratégia de Análise de dados

Para a análise dos dados do trabalho, foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27, uma ferramenta robusta e amplamente reconhecida no campo da estatística e análise de dados, que oferece uma ampla gama de técnicas estatísticas e de análise que são essenciais para interpretar e compreender dados complexos de maneira precisa e eficiente.

Os resultados são apresentados em formato de tabelas de forma a garantir uma análise adequada da informação. A análise descritiva é feita com recurso a medidas de tendência central e de dispersão (médias e desvio padrão). Essas estatísticas fornecem uma visão geral sobre a distribuição e a variabilidade dos dados.

Para a comparação dos parâmetros do estudo foram utilizados testes paramétricos, escolhidos de acordo com o número de grupos avaliados e as características dos dados. Quando a análise envolveu apenas dois grupos, utilizou-se o teste t de Student, precedido pela verificação da normalidade da distribuição, garantindo a adequação do teste. Nos casos em que havia três ou mais grupos, foi aplicada a análise de variância de uma via (One-way ANOVA). Antes de sua utilização, foram verificados os pressupostos fundamentais desse teste: normalidade dos resíduos, homogeneidade das variâncias entre os grupos, independência das observações e distribuição aproximadamente normal dos dados dentro de cada grupo. Após a identificação de diferenças significativas pelo teste ANOVA, recorreu-se ao teste de Scheffé como procedimento post-hoc, com o objetivo de apontar quais grupos apresentavam diferenças entre si. A escolha desse teste deve-se à sua robustez, uma vez que controla de forma mais rigorosa o risco de erro. Em toda a análise estatística inferencial realizada ao longo deste estudo, recorreu-se a um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e aspetos relacionados com a situação de viuvez

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários aos participantes.

A Tabela 1 expõe os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variável	Categorias	N	%	Média (DP)
Idade	Min: 67 anos; Máx: 97 anos			82,70 (6,25)
Sexo	Feminino	59	84,3	
	Masculino	11	15,7	
Escolaridade	Não sabe ler, nem escrever	8	11,4	
	Sabe ler e escrever	3	4,3	
	1.º ao 4.º ano	57	81,4	
	5.º ao 12.º ano	1	1,4	
	Bacharelato/Licenciatura	1	1,4	
Zona Geográfica	Rural	39	55,7	
	Urbano	31	44,3	

A amostra do estudo é constituída por 70 participantes situando-se entre os 67 e 97 anos ($M = 82,70$; $DP = 6,25$). No que respeita ao sexo, observou-se uma predominância clara do feminino (84,3%), em comparação com 15,7% do sexo masculino. Relativamente à escolaridade, os resultados evidenciam um baixo nível de escolaridade, sendo que 11,4% dos participantes não sabem ler nem escrever, 4,3% apresentam literacia básica (saber ler e escrever) e a maioria (81,4%) completou apenas entre o 1.º e o 4.º ano de escolaridade. No que se refere à zona geográfica, verifica-se que 55,7% dos participantes residem em áreas rurais e 44,3% em áreas urbanas.

Na tabela 2, apresentam-se os resultados relacionados com a situação de viuvez.

Tabela 2 - Descritiva dos resultados relacionados com a situação de viuvez

Variável	Categorias	N	%
Tempo de Perda	De 6 meses a 1 ano	1	1,4
	De 1 a 3 anos	7	10,0
	Mais de 3 anos	62	88,6
Característica da Perda	Repentina	32	45,7
	Esperada	38	54,3
Pediu ajuda quando precisou	Sim, sempre	46	65,7
	Sim, em algumas ocasiões	3	4,3
	Raramente	2	2,9
	Nunca	19	27,1
Recebeu ajuda quando precisou	Sim, na maioria das vezes	44	62,9
	Sim, às vezes	5	7,1
	Não, nem por isso	1	1,4
	Não me foi oferecido ajuda	20	28,6
Quem lhe ofereceu ajuda	Ninguém ajudou	20	28,6
	Filhos	34	48,6
	Pais	2	2,9
	Irmãos	5	7,1
	Amigos	7	10,0
	Grupo de apoio	2	2,9
As relações mudaram	Sim, para melhor	10	14,3
	Sim, para pior	42	60,0
	Não, de modo algum	18	25,7
As relações mudaram	Sim, para melhor	13	18,6
	Sim, para pior	42	60,0
	Não, de modo algum	15	21,4

Os dados da tabela 2 demonstram que a maioria dos participantes (88,6%) vivencia a situação de viuvez há mais de 3 anos, enquanto uma proporção menor (1,4%) vivencia a viuvez entre 6 meses e 1 ano. Ainda assim, a experiência de perda mantém forte impacto, já que tanto as perdas repentinas (45,7%) quanto as esperadas (54,3%) estão presentes em proporções relativamente equilibradas.

Em relação à procura de ajuda, nota-se que 65,7% dos viúvos relataram ter pedido ajuda sempre que precisaram, embora uma parcela significativa (27,1%) nunca o tenha feito. Quanto ao apoio efetivamente recebido, 62,9% afirmam que receberam ajuda na maioria das vezes, enquanto 28,6% relatam não ter recebido qualquer tipo de apoio. Entre aqueles que receberam ajuda, os filhos aparecem como a principal fonte de suporte (48,6%), seguidos pelos amigos (10%) e irmãos (7,1%).

No que diz respeito às transformações nas relações sociais, mais da metade (60%) indicou piora após a perda, enquanto apenas 14,3% sentiram melhora. De forma semelhante, a maioria (60%) relatou que a viuvez alterou negativamente a forma de estar na vida, sendo que apenas 18,6% perceberam melhora. Apesar disso, 21,4% indicaram que não houve alteração.

Sintomatologia Depressiva

Na Tabela 3 são apresentados os resultados da análise descritiva da sintomatologia depressiva, avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

Tabela 3 - Estatística descritiva da GDS (15)

	N	M(dp)	Min-Max
GDS (15)	70	7,19 (3,61)	0,00-14,00

A média da pontuação na GDS-15 foi de 7,19, com um desvio padrão de 3,61.

Na tabela 4, apresentam-se os resultados que evidenciam a presença de depressão, de acordo com os pontos de corte apontados pelo autor.

Tabela 4 - Resultados de acordo com Pontos de corte na avaliação da depressão

	N= 70	
	n	%
Sem Depressão	20	28,6
Depressão ligeira e moderada	36	51,4
Depressão grave	14	20,0

Os resultados apresentados na tabela 4, evidenciam que metade da amostra (51,4%) apresenta sintomas de depressão ligeira a moderada, constituindo-se como o grupo mais

representativo. Por outro lado, 20,0% dos participantes revelaram sintomas de depressão grave. Apenas 28,6% da amostra não apresentou indicadores de depressão, o que significa que a maioria dos participantes apresenta algum grau de sintomatologia depressiva.

Sintomatologia Depressiva e aspetos sociodemográficos e de situação

Na tabela 5 são apresentados os resultados de comparação dos valores médios obtidos entre homens e mulheres.

Tabela 5 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração o sexo dos participantes

	Mulheres (n=44) M(dp)	Masculino (n=9) M (dp)	GI	t	p-valor
Depressão	7,25 (3,71)	6,81 (3,16)	68	-0,365	0,716

Os resultados demonstram que, apesar da média dos sintomas depressivos ser ligeiramente superior nas mulheres (M=7,25) em comparação com os homens (M=6,11), esta diferença não é estatisticamente significativa (p=0,761).

A Tabela 6 apresenta os resultados da sintomatologia depressiva em função do sexo dos participantes.

Tabela 6 - Níveis de Sintomatologia depressiva tendo em consideração o sexo dos participantes

	Sexo Masculino (n=11)		Sexo Feminino (n=59)	
	n	%	n	%
Sem depressão	2	18,2	18	30,5
Depressão ligeira a moderada	8	72,7	28	47,5
Depressão grave	1	9,1	13	22,0

É possível verificar que as mulheres, na sua maioria apresentam algum nível depressão (69,5%), enquanto 30,5% dos participantes não apresentam depressão. Situação idêntica é observada em relação aos homens, com a maioria dos participantes (81,8%) a apresentar algum tipo de sintomatologia depressiva, enquanto 18,2% dos participantes não apresentam depressão.

A Tabela 7 apresenta os resultados da análise da sintomatologia depressiva considerando dois grupos etários: idosos (n = 17) e muito idosos (n = 53).

Tabela 7 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração a idade dos participantes

	Idosos (n=17) M(dp)	Muito idosos (n=53) M(dp)	GI	t	p-valor
Depressão	7,118 (4,151)	7,207 (3,466)	68	-0,089	0,930

A Tabela 7 evidencia que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idosos (M = 7,118; dp = 4,151) e muito idosos (M = 7,207; dp = 3,466), conforme indica o valor de p = 0,930. O valor de p indica que não há evidência suficiente para afirmar que a idade tem impacto nos níveis de sintomatologia depressiva entre os participantes.

A tabela 8 apresenta dados sobre a prevalência de depressão dos participantes tendo em consideração o seu nível de escolaridade.

Os participantes foram divididos em dois grupos: aqueles sem escolaridade ou com escolaridade básica (n = 68) e aqueles com escolaridade secundária ou superior (n = 2).

Tabela 8 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração a escolaridade dos participantes

	Sem escolaridade e Escolaridade básica M (dp)	Secundário e superior M (dp)	GI	t	p-valor
Depressão	7,177 (3,656)	7,500 (2,121)	68	-0,124	0,451

Observa-se que os indivíduos sem escolaridade ou apenas com ensino básico (n = 68) apresentaram uma média de 7,177 (dp = 3,656), enquanto aqueles com escolaridade secundária ou superior (n = 2) obtiveram uma média ligeiramente mais elevada, de 7,500 (dp = 2,121). Apesar dessa diferença, o valor de p = 0,451 evidencia que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

A tabela 9 apresenta os resultados relativos à sintomatologia depressiva dos participantes, considerando o tipo de perda/luto.

Os participantes foram divididos em dois grupos: aqueles que vivenciaram uma perda repentina (n = 32) e aqueles que vivenciaram uma perda esperada (n = 38).

Tabela 9 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração o tipo de perda/luto

	Perda repentina M (dp)	Perda Esperada M (dp)	GI	t	p-valor
Depressão	7,156 (3,389)	7,215 (3,835)	68	-0,062	0,475

Analisando a tabela 9 os resultados mostram que aqueles que experienciaram uma perda repentina (n = 32) apresentaram uma média de 7,156 (dp = 3,989), enquanto os que enfrentaram uma perda esperada (n = 38) registaram uma média de 7,215 (dp = 3,835). Apesar da ligeira diferença entre as médias, o valor de p = 0,475 demonstra que não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A tabela 10, apresenta os resultados referentes à sintomatologia depressiva dos participantes, considerando o tempo decorrido desde a perda. Os participantes foram divididos em dois grupos: aqueles, cuja perda ocorreu há menos de 1 ano (n = 8) e aqueles cuja perda ocorreu há mais de 1 ano (n = 62).

Tabela 10 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração o tempo de perda/luto

	Perda até 3 anos M (dp)	Perda superior a 3 anos M (dp)	GI	t	p-valor
Depressão	5,00 (4,07)	7,4677 (3,486)	68	-1,850	0,069

Os participantes que vivenciaram a perda há menos de 1 ano (n = 8) obtiveram uma média de 5,00 (dp = 4,07), enquanto aqueles, cuja perda ocorreu há mais de 1 ano (n = 62) apresentaram uma média superior a 7,467 (dp = 3,486). A análise estatística revelou um valor de p = 0,069, indicando ausência de significância estatística, embora os resultados apontem para uma tendência relevante.

A Tabela 11 apresenta a sintomatologia depressiva em relação ao pedido de ajuda, dividida em dois grupos: aqueles que pediram ajuda sempre ou algumas vezes (n=49) e aqueles que raramente ou nunca pediram ajuda (n=21).

Tabela 11 - Sintomatologia depressiva tendo em consideração as ajudas que pediu

	Perda ajuda sempre M (dp)	Nunca pediu ajuda M (dp)	GI	t	p-valor
Depressão	6,898 (3,759)	7,857 (3,229)	68	-0,1,018	0,312

Os resultados indicam que aqueles que sempre pediram ajuda ou em algumas ocasiões (n = 49) apresentaram uma média de 6,898 (dp = 3,759), enquanto os que raramente ou nunca pediram ajuda (n = 21) registaram uma média ligeiramente superior de 7,857 (dp = 3,229). Apesar da diferença entre os grupos, o valor de p = 0,312 demonstra que esta não é estatisticamente significativa.

A tabela 12, apresenta os resultados relativos à sintomatologia depressiva dos participantes considerando a ajuda percebida. Os participantes foram divididos em dois grupos: aqueles que receberam ajuda (n = 49) e aqueles que não receberam ajuda (n = 21).

Tabela 12 - Sintomatologia depressiva considerando a ajuda recebida

	Recebeu ajuda M (dp)	Não recebeu ajuda M (dp)	GI	t	p-valor
Depressão	6,8367 (3,820)	8,000 (3,000)	68	-1,239	0,219

Os resultados mostram que aqueles que dizem receber ajuda na maior parte das vezes (n = 49) apresentaram uma média de 6,837 (dp = 3,820), enquanto os que afirmam que nunca receberam ajuda (n = 21) apresentaram uma média superior, de 8,000 (dp = 3,000). Apesar dessa diferença, o valor de p = 0,219 demonstra que não há significância estatística entre os grupos.

Para comparar os valores de depressão considerando os resultados da DGS (15) considerando as mudanças do modo de estar na vida procedeu-se à análise One-Way ANOVA, após a verificação dos seus pressupostos, cujos resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Sintomatologia depressiva considerando a forma de estar na vida

	Sim, para melhor M (dp)	Sim, para pior M (dp)	Não mudou M (dp)	Gl	t	p-valor
Depressão	7,118 (4,151)	7,207 (3,466)	5,533 (3,502)	2	12,842	<0,001

As médias de sintomas depressivos obtida, foi 7,118 (DP = 4,151) para o grupo que sentiu melhorias, 7,207 (DP = 3,466) para o grupo que sentiu a vida pior e 5,533 (DP = 3,502) para o grupo que não sentiu mudança alguma. A análise estatística ($Z=12,842$; $p<0,001$) revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos, ou seja, que pelo menos um grupo é diferente.

O teste de Scheffé mostrou que o grupo que refere “que a vida mudou para melhor” e o grupo que refere que “que a vida mudou para melhor” não foram diferentes d modo estatisticamente significativo ($p = 0,547$), enquanto o grupo que refere “que a vida mudou para melhor” é significativamente diferente do grupo que refere que “de modo algum mudou” ($p = 0,005$).e o grupo que refere que a vida “mudou para pior” foi significativamente diferente do grupo que refere que “de modo algum mudou” ($p<0,001$)

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Discussão dos Resultados

Uma vez apresentados os resultados da investigação, torna-se imperativo analisá-los e discuti-los com base no enquadramento conceptual e empírico, assim como nos objetivos que nortearam o estudo.

A caracterização sociodemográfica da população estudada evidencia um perfil de uma população bastante idosa com média etária de 82,7 anos ($DP = 6,25$), variando entre 67 e 97 anos.

Verifica-se que não encontradas diferenças estatisticamente significativas entre idosos ($M = 7,118$; $dp = 4,151$) e muito idosos ($M = 7,207$; $dp = 3,466$) quanto à sintomatologia depressiva ($p = 0,930$). As médias bastante próximas sugerem que a idade cronológica, dentro do intervalo considerado, não é um fator determinante para a intensidade dos sintomas depressivos. Este tipo de resultados vai ao encontro de estudos que destacam que a depressão em idosos não está necessariamente relacionada ao avanço da idade, mas sim a fatores contextuais e individuais, como a presença de doenças crónicas, a perda de autonomia funcional, o isolamento social e a ausência de redes de suporte (Djernes, 2006). Assim, o risco de depressão permanece relativamente estável ao longo das diferentes fases da velhice, sendo modulados pelas circunstâncias de vida e não pela idade cronológica em si. Tal constatação é relevante, pois indica que estratégias de prevenção e intervenção em saúde mental devem priorizar uma abordagem integral, contemplando aspetos físicos, psicológicos e sociais. Assim, políticas públicas e programas de promoção da saúde mental para idosos devem ser definidos de forma abrangente, reconhecendo o envelhecimento como um processo contínuo e heterogéneo, em vez de segmentar intervenções unicamente com base em faixas etárias.

No que concerne ao sexo, verificou-se uma predominância feminina expressiva (84,3%), em contraste com 15,7% de participantes do sexo masculino. Esta distribuição está de acordo com as tendências demográficas globais, nas quais se observa uma maior longevidade feminina, sendo um reflexo direto da maior esperança média de vida. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), a esperança de vida ao nascer é de 84,9 anos para as mulheres e 80,0 anos para os homens.

Essa diferença pode ser explicada por fatores biológicos e fatores comportamentais. Segundo o estudo de Luy e Minagawa (2014) a maioria das mulheres apresentam uma maior resistência imunológica e menor exposição a comportamentos de risco, como por exemplo o consumo excessivo de álcool ou consumo excessivo de tabagismo, normalmente, mais prevalentes entre os homens. Além disso, a maior parte das mulheres da população portuguesa costuma procurar mais os serviços de saúde, realizar mais exames de rotina e adotar hábitos de vida mais saudáveis (WHO, 2016). Isso contribui para uma maior longevidade, fazendo-se acompanhar durante esse período sem limitações funcionais e doenças crônicas.

Os resultados do estudo realizado indicam que mais de metade da amostra (51,4%) apresentou sintomas de depressão ligeira a moderada, enquanto 20% revelaram sintomas graves. Apenas 28,6% não manifestaram indicadores de depressão, o que demonstra que a maioria dos participantes se encontram com algum nível de sofrimento psicológico. Esses achados corroboram a literatura que aponta a depressão como uma das condições de saúde mental mais prevalentes em adultos e idosos, representando um importante problema de saúde pública global (World Health Organization [WHO], 2017).

A elevada proporção de sintomas ligeiros a moderados sugere que muitos indivíduos vivem num estado de sofrimento psicológico que, embora não se configure como um quadro grave, impacta negativamente a funcionalidade e a qualidade de vida. Estudos demonstram que sintomas depressivos estão associados a risco aumentado de declínio cognitivo, piora das condições físicas e maiores taxas de mortalidade (Djernes, 2006).

A prevalência de sintomas graves em 20% da amostra é particularmente preocupante, uma vez que quadros depressivos mais intensos estão relacionados a maior risco de isolamento social, perda de autonomia e ideação suicida, sobretudo em populações mais velhas (Alexopoulos, 2005). Esses dados sugerem a necessidade de controlo clínico sistemático, bem como de estratégias terapêuticas adequadas que incluam não apenas o tratamento farmacológico, mas também suporte psicossocial e comunitário.

Apenas 28,6% dos participantes não apresentaram sintomas depressivos, revelando que a maioria da amostra vivencia algum nível de sofrimento. Esse dado pode estar relacionado a múltiplos fatores contextuais e individuais, como condições económicas desfavoráveis, ausência de suporte familiar consistente, problemas de saúde física e perdas significativas ao longo da vida. Em consonância, a literatura destaca que fatores psicossociais, como isolamento social e viuvez, aumentam substancialmente a vulnerabilidade para depressão (Stroebe *et al.*, 2017).

Dessa forma, os resultados deste estudo reforçam a urgência de estratégias preventivas

e de intervenção que contemplem desde a triagem precoce até a criação de redes de apoio comunitário, além da implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental. Essas medidas são fundamentais para reduzir o impacto da depressão, tanto em casos leves quanto graves, promovendo maior bem-estar e qualidade de vida.

Os resultados mostraram que, embora a média de sintomas depressivos tenha sido ligeiramente superior no grupo feminino ($M = 7,25$) em comparação ao masculino ($M = 6,11$), essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,761$). Esse achado indica que, na amostra, o sexo não se configurou como um fator diferenciador na sintomatologia depressiva.

Na literatura, diversos estudos apontam para maior prevalência de sintomas depressivos em mulheres, associada a fatores biológicos, hormonais, psicológicos e socioculturais (Salk *et al.*, 2017). Várias pesquisas indicam que mulheres têm quase o dobro do risco de desenvolver depressão em comparação aos homens, especialmente em faixas etárias mais jovens e durante períodos de maior vulnerabilidade hormonal (WHO, 2017). Assim, os resultados deste estudo contrastam parcialmente com o corpo de evidências predominante. Entretanto, a ausência de diferenças significativas pode ser explicada pelo reduzido número de participantes do sexo masculino ($n = 9$), o que limita o poder estatístico da análise e dificulta a detecção de diferenças reais entre os grupos. Além disso, fatores específicos da amostra, como faixa etária avançada, contexto socioeconômico e experiências de vida compartilhadas, como por exemplo, viuvez, isolamento social, perdas acumuladas, podem reduzir discrepâncias entre homens e mulheres, uma vez que esses determinantes impactam ambos os sexos de forma significativa na velhice (Djernes, 2006). Outro ponto a considerar é que, em alguns contextos culturais, os homens podem relutar em relatar sintomas emocionais, o que pode levar a subnotificação da depressão nesse grupo (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Tal hipótese sugere que a homogeneidade encontrada nos resultados também pode estar relacionada a vieses de autorrelato.

O presente estudo evidencia diferenças relevantes na distribuição da sintomatologia depressiva entre homens e mulheres. Entre os homens, quase três em cada quatro apresentaram sintomas de depressão leve a moderada, com poucos casos sem depressão. Já entre as mulheres, observou-se uma distribuição mais heterogênea, com maior proporção sem sintomas depressivos (30,5%), mas também uma prevalência mais elevada de depressão grave (22,0% contra 9,1% nos homens). Esses resultados sugerem que, enquanto os homens tendem a concentrar-se em níveis intermediários de sintomatologia, as mulheres apresentam maior propensão a quadros severos. Tais resultados estão alinhados com a literatura que aponta para maior prevalência e severidade de depressão entre mulheres. Estudos indicam que fatores hormonais, como flutuações ligadas ao ciclo reprodutivo e à menopausa, somados a

determinantes sociais, como sobrecarga nos papéis de gênero e maior exposição a situações de vulnerabilidade, contribuem para esse padrão (Salk *et al.*, 2017). Do ponto de vista psicológico, a tendência feminina à ruminação emocional é frequentemente citada como um mecanismo que intensifica e prolonga os sintomas depressivos (Nolen- Hoeksema, 2012). Por outro lado, a predominância de sintomas depressivos leves a moderados entre homens pode refletir uma maior resistência cultural em relatar sofrimento emocional ou em reconhecer a necessidade de ajuda profissional. Estudos sugerem que homens tendem a subnotificar sintomas depressivos devido a normas sociais de masculinidade que associam fragilidade emocional a estigma, o que pode explicar tanto a menor proporção de indivíduos sem sintomas quanto a ausência de maiores índices de depressão grave (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

A análise da escolaridade revelou níveis de instrução reduzidos, com 11,4% de analfabetos, 4,3% com literacia básica e a maioria e 81,4% tendo concluído apenas entre o 1.º e o 4.º ano de escolaridade. É possível afirmar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de sintomatologia depressiva de participantes com escolaridade até o ensino básico e aqueles com escolaridade secundária ou superior. Estes resultados vão de encontro aos dados existentes para a população portuguesa, o que indica limitações significativas na educação dessa população (Instituto Nacional de Estatística, 2021). A reduzida escolaridade entre os idosos que vivem em Portugal é um reflexo de desigualdades no acesso à educação, especificamente nas zonas rurais e entre as mulheres. Há uns anos, o acesso à educação era limitado para várias gerações de idosos, nomeadamente para as mulheres e para as populações rurais, devido a fatores económicos, culturais e sociais.

A escolaridade limitada poderá estar associada ao risco de exclusão digital. A falta de educação limita e dificulta os idosos às mudanças na tecnologia, agravando assim as desigualdades a nível digital. Segundo o estudo de Diniz *et al.* (2020) a exclusão digital é um dos principais fatores que contribui para o isolamento das pessoas mais idosas. Essa exclusão digital também poderá afetar de forma negativa a sua mental das pessoas, aumentando assim a solidão, em especial dos mais velhos, acabando por limitar a capacidade de tomar decisões sobre a sua saúde. Assim, para Páscoa e Gil (2021) a autonomia digital, que inclui o uso regular de aparelhos digitais para gerir a saúde e comunicar com os seus familiares, é cada vez mais necessário para envelhecer de forma ativa e saudável.

Estes achados contrastam parcialmente com a literatura, que tem apontado a escolaridade como um fator protetor contra a depressão, sobretudo na população idosa. Estudos de Almeida-Brasil *et al.* (2017) evidenciam que níveis educacionais mais elevados estão associados a melhores condições socioeconómicas, maior acesso a recursos de saúde e maior

capacidade de utilização de estratégias de coping, o que contribui para uma menor prevalência de sintomas depressivos. Por outro lado, estudos como o de Borges *et al.* (2013) sugerem que a relação entre escolaridade e depressão é complexa e pode ser mediada por outros fatores, como apoio social, estado de saúde física e rede de suporte familiar.

Relativamente à zona geográfica de residência, observou-se que 55,7% dos participantes vivem em áreas rurais, enquanto 44,3% residem em contextos urbanos. O envelhecimento da população portuguesa é bastante evidente nas zonas rurais, pois a grande parte dos jovens que viviam nessa zona migraram para as zonas urbanas à procura de mais e melhores oportunidades de trabalho/educação. Segundo Franco e Costa (2022) a distância entre as zonas rurais e as zonas urbanas e a escassez de recursos especializados na saúde aumentam as desigualdades territoriais existentes no que diz respeito ao acesso à saúde. De forma a colmatar a escassez de recursos especializados em saúde, tem sido desenvolvido iniciativas que se baseiam na mobilidade de serviços de saúde. Um exemplo disto é o sistema de monitorização remota para idosos desenvolvido por Cardoso *et al.* (2022) que utiliza as tecnologias móveis e os dispositivos de Internet para acompanhar os sinais vitais e detetar as quedas, tudo em tempo real. Este projeto possibilita que os serviços de saúde consigam oferecer uma resposta mais rápida a certas situações de risco. Já de acordo com Barbosa *et al.* (2023) a telemedicina tem vindo a tornar-se uma solução cada vez mais eficaz para ultrapassar a escassez de recursos em territórios mais remotos, como por exemplo as zonas mais rurais. Já nas zonas urbanas, embora exista uma maior concentração de serviços e de infraestruturas continuam a persistir desafios para a população idosa. Para Padeiro e Ferreira (2023) as condições habitacionais precárias, a dificuldade em se movimentar e a falta de espaços verdes são fatores que poderão prejudicar o envelhecimento ativo, especialmente nas zonas mais periféricas dos centros urbanos. Além disso, os centros urbanos são mais hostis que os centros rurais o que pode desmotivar os idosos a participar em atividades físicas ao ar livre, o que pode levar ao aumento do sedentarismo e do isolamento social.

O tempo decorrido desde a perda do cônjuge é um fator importante na forma como o luto é vivenciado pelos idosos. A maioria dos participantes (88,6%) vivencia a situação de viuvez há mais de 3 anos, enquanto uma proporção menor (1,4%) vivencia a viuvez entre 6 meses e 1 ano. Verificou-se que os participantes cuja perda ocorreu há menos de um ano apresentaram uma média de sintomatologia depressiva de 5,00 (DP = 4,07), enquanto aqueles com perda há mais de um ano apresentaram uma média de 7,47 (DP = 3,48). Considerando a sintomatologia depressiva tendo em consideração o tempo de perda/luto verificamos que embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, os participantes cuja perda ocorreu há mais de um ano apresentaram médias de sintomatologia depressiva

superiores em relação àqueles que vivenciaram a perda há menos de um ano. Esse resultado contraria a expectativa frequentemente descrita na literatura, segundo a qual o sofrimento tende a ser mais intenso nos meses iniciais do luto, com gradual declínio à medida que ocorre a adaptação à perda (Stroebe *et al.*, 2017).

Uma possível explicação para essa tendência observada é que, embora nos primeiros meses o enlutado receba maior apoio social e familiar, esse suporte tende a diminuir com o tempo, deixando o indivíduo mais vulnerável ao isolamento e à persistência dos sintomas depressivos (Carr *et al.*, 2001). Além disso, a ausência de estratégias eficazes de coping ou a presença de fatores de risco, como histórico de depressão ou doenças crônicas, podem dificultar a elaboração do luto, levando ao desenvolvimento de quadros prolongados ou agravados (Prigerson *et al.*, 2021). Outro ponto relevante é que o luto não segue uma trajetória linear. Estudos de Boelen e Smid (2017) e Lundorff *et al.* (2017) indicam que, para uma parcela significativa dos indivíduos, os sintomas de depressão podem permanecer estáveis ou até mesmo aumentar após o primeiro ano da perda, especialmente quando há dificuldades na reconstrução de projetos de vida e na reintegração social. Isso sugere que o tempo decorrido desde a perda não deve ser considerado isoladamente como preditor do bem-estar psicológico, mas sim em interação com fatores individuais e contextuais.

De acordo com Cavalcanti (2021), por mais que o tempo passe e tente suavizar a dor e o impacto da perda do ente querido, o luto mantém-se como uma experiência marcada por momentos de adaptação à ausência do cônjuge. Também Neimeyer (2019), evidencia que ao longo do tempo, os idosos viúvos, desenvolvem estratégias adaptativas, como o fortalecimento das redes de apoio, o envolvimento em atividades e a procura por novos sentidos para a vida de forma a acabar com o sofrimento da perda. Ainda assim, o processo de luto é individual, dependendo de pessoa para pessoa, podendo ser reacendido a qualquer momento por gatilhos emocionais, como é o caso das datas comemorativas ou até outras perdas que acompanham o envelhecimento (Parkes & Prigerson, 2013).

O tipo de perda é um fator bastante determinante na forma como os mais velhos vivenciam o luto e a sua eventual associação à depressão. De acordo com os resultados deste estudo é possível observar que 54,3% das perdas foram esperadas, enquanto 45,7% ocorreram de maneira repentina, refletindo trajetórias distintas de enfrentar o luto. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de sintomatologia depressiva de participantes que vivenciaram uma perda repentina e aqueles que passaram por uma perda esperada. Apesar da ligeira diferença numérica entre as médias, os valores são bastante próximos, sugerindo que o tipo de perda, por si só, não exerce influência determinante

sobre a intensidade da depressão.

Segundo Andrade e Gomes (2024) as perdas repentinas são, na maioria das vezes, associadas a acidentes, a eventos inesperados ou até a doenças agudas que têm sido reconhecidas como as mais traumáticas devido ao pouco tempo para se preparar emocionalmente, devido à impossibilidade de se despedir do seu ente querido.

De acordo com Shear (2015) as perdas repentinas são frequentemente assinaladas a sentimentos como por exemplo, culpa e a dificuldade em aceitar a perda. A falta de oportunidade para se despedir pode aumentar a intensidade das reações emocionais e dificultar a elaboração da perda, o que pode levar a um maior tempo de sofrimento. Neste tipo de perda, o choque psicológico tende a ser mais profundo, uma vez que o processo de construção da perda é abruptamente interrompido. Já, por outro lado, as perdas esperadas podem estar associadas a doenças prolongadas que cria um maior tempo para antecipar a perda. De acordo com Rando (2000) este tipo de perda propicia tanto aos familiares como ao próprio enlutado um maior tempo de preparação para a morte do seu ente querido, conseguindo assim ajustar-se psicologicamente ao longo do tempo. Antecipar a perda é um fator importante de forma a atenuar o choque da perda, uma vez, que possibilita que os familiares e amigos se consigam despedir e desenvolver estratégias para conseguir lidar com a perda.

Além disso, estudos indicam que o curso da sintomatologia depressiva após a perda está fortemente condicionado por fatores como a qualidade do vínculo com a pessoa falecida, os recursos de coping individuais, a rede de suporte social e a presença de histórico prévio de transtornos mentais (Prigerson *et al.*, 2021; Worden, 2018). Isso sugere que variáveis contextuais e relacionais podem ser mais determinantes na gravidade da depressão do que a simples distinção entre perda esperada ou repentina.

A procura por apoio durante o processo de luto é considerada importante, visto que, pode influenciar o modo com os idosos encaram a perda e reconstroem a sua vida depois da perda do cônjuge. Assim, nota-se que 65,7% dos viúvos relataram ter pedido ajuda sempre que precisaram, embora uma parcela significativa (27,1%) nunca o tenha feito. Analisando esses dados verifica-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os participantes que raramente ou nunca pediram ajuda apresentaram níveis médios de sintomatologia depressiva superiores em relação àqueles que procuraram sempre apoio. Esse resultado sugere uma tendência relevante, indicando que a procura de ajuda pode atuar como um fator de proteção contra o agravamento da depressão, ainda que tal associação não tenha sido confirmada estatisticamente nesta amostra.

Para Bonanno *et al.* (2004) esse comportamento pode ser visto como um gesto positivo de consciencialização quanto à verdadeira necessidade de apoio, em especial apoio psicológico. Assim, a procura por ajuda em momentos de perda está relacionada com uma melhor adaptação ao luto e a uma maior resiliência em termos emocionais e eventualmente sintomatologia depressiva. Quando os indivíduos reconhecem as suas verdadeiras necessidades e aceitam ser ajudados por redes de apoio formal e informal, a esperança de enfrentar o luto de maneira mais saudável é maior. Já os que não pediram ajuda requerem uma atenção especial, pois pode estar relacionado com barreiras que dificultam a procura de apoio. Entre as barreiras destacam-se a dificuldade em reconhecer a própria necessidade de ajuda, o estigma que existe em volta da vulnerabilidade emocional (sobretudo no caso dos idosos) e a falta de acesso a redes de apoio que sejam adequadas ou a presença de sintomas depressivos. Para Peixoto e Pires (2024) muitos idosos tem a ideia de que pedir ajudar é sinónimo de fraqueza ou de perda de autonomia, o que os levará a evitar pedir ajuda.

A literatura reforça a importância do suporte social e da procura ativa de ajuda na mitigação da sintomatologia depressiva. Estudos demonstram que a presença de redes de apoio, formais ou informais, contribui significativamente para a adaptação emocional após situações de perda e para o fortalecimento da resiliência (Teo *et al.*, 2013). A ausência de procura por ajuda, por outro lado, pode estar relacionada a fatores como estigma associado à saúde mental, vergonha, falta de conhecimento sobre os recursos disponíveis ou crenças de autossuficiência, que tendem a intensificar o sofrimento psicológico.

Estudos recentes apontam que idosos que mantêm vínculos sociais e que recorrem a apoio emocional apresentam menores taxas de depressão, independentemente de outros fatores sociodemográficos. Em contrapartida, o isolamento social e a falta de procura por suporte estão associados a maior risco de sintomas depressivos persistentes (Courtin & Knapp, 2017). Dessa forma, mesmo que os resultados do presente estudo não indiquem diferenças estatisticamente significativas, eles corroboram a evidência de que a procura por apoio desempenha um papel relevante na promoção do bem-estar psicológico.

A origem do apoio recebido no decorrer do processo de luto é um fator importante na forma como os idosos lidam com a perda, que muitas das vezes enfrentam vários desafios relacionados com o envelhecimento, como por exemplo a fragilidade física, a redução das relações sociais e a dependência funcional. Quanto ao apoio efetivamente recebido, 62,9% afirmaram ter recebido ajuda na maioria das vezes, enquanto 28,6% não receberam qualquer suporte. Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, existe uma tendência relevante: os participantes que percebem receber apoio na

maior parte das vezes apresentaram níveis médios mais baixos de sintomatologia depressiva, em comparação com aqueles que raramente relataram receber ajuda. Tal achado sugere que a percepção de apoio social pode constituir um fator protetor fundamental contra a intensificação dos sintomas depressivos.

Esses resultados revelam a existência de uma parcela vulnerável da população que enfrenta a viuvez sem uma rede de apoio consistente. Entre aqueles que receberam ajuda, os filhos foram a principal fonte (48,6%), seguidos por amigos e irmãos. O estudo de Dong *et al.* (2024) indica que o suporte informal, muitas das vezes proveniente dos familiares, amigos e até vizinhos, tem influência na saúde mental dos idosos, reduzindo os sintomas depressivos e a ansiedade promovendo o bem-estar psicológico. É possível reparar que a família, em específico os filhos, desempenham um papel fundamental no apoio através do suporte social dos idosos enlutados. Para Olabisi *et al.* (2023) a conexão emocional, o relacionamento ao longo do tempo e o papel que a cultura atribui aos filhos como responsáveis pela família fazem com que eles sejam figuras importantes no cuidado e no apoio aos pais idosos que estão de luto. Além disso, fatores que estão relacionados com o apoio social e familiar influenciam os sintomas depressivos, por norma se forma semelhante entre o sexo feminino e masculino.

Ainda assim, é alarmante que uma grande parcela dos idosos (28,6%) não receba qualquer apoio durante o luto, o que revela a probabilidade de isolamento social ou a ausência de redes de apoio social, sendo ela formal ou informal. Um dos motivos para os idosos não receberem poderá ser a inexistência de vínculo com os familiares, afastamento geográfico dos filhos ou de outros familiares, falecimento prévio de membros que pertenciam à rede de apoio social. De acordo com Dong *et al.* (2024) a ausência de apoio durante o processo de luto poderá agravar os sintomas psicológicos e contribuir para um luto complicado.

O preconceito que ainda existe relativo à saúde mental é uma das principais barreiras à procura de apoio formal. Muitos idosos cresceram e vivem em contextos que expressar o sofrimento é visto como sinal de fraqueza. Para Lichtenthal *et al.* (2024) a resistência em participar em grupos de apoio também pode estar associada ao medo de exposição a ambientes coletivo ou até à crença de que o luto deve ser vivido de forma solitária. Segundo o estudo de Romero *et al.* (2023) a ausência de apoio durante o luto pode agravar o sofrimento, o que contribui para o desenvolvimento de um luto complicado e aumentando os problemas de saúde mental, como a depressão.

Assim, os resultados obtidos, em consonância com a literatura, sublinham que intervenções eficazes em saúde mental devem promover não apenas a oferta objetiva de ajuda, mas também estratégias que aumentem a percepção de suporte social, contribuindo, assim, para

reduzir o impacto da depressão em populações vulneráveis.

Para Luz (2021) existe uma complexidade do luto conjugal, que, está longe de ser um processo linear, sendo que é vivido de forma individual, com variações marcantes quanto à intensidade, duração e implicações subjetivas. O presente estudo evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito à sintomatologia depressiva em função das mudanças percebidas após a perda ($p < 0,001$). Verifica-se que os participantes que relataram ter mudado para melhor e aqueles que sentiram ter mudado para pior apresentaram níveis significativamente mais altos de depressão em comparação com os participantes que não tiveram mudanças que apresentam média de depressão mais baixas.

Assim a morte do companheiro representa a perda de uma figura de vinculação como também representa a perda de uma rotina construída a dois. Esta transição leva a uma reorganização emocional, sendo acompanhada pelo desamparo, medo e desorientação, em especial nos casamentos de longa duração e em casamentos que tenham laços afetivos profundos (Oliveira *et al.*, 2022). Outro impacto importante é a diminuição das redes de apoio social, que poderá levar a uma retração voluntária dos idosos, muitas das vezes pela ausência de espaços comunitários acolhedores. Em muitos casos, o cônjuge funciona como principal fonte de apoio emocional e social. A sua ausência pode levar a um vazio, comprometendo a autoestima, dificultando a continuidade da participação ativa em contextos sociais (Brás, 2022). No entanto, 18,6% dos participantes que relataram que a vida ficou melhor depois da perda do cônjuge, aponta para uma dimensão menos abordada, porém significativa, do luto: a possibilidade de crescimento pessoal, fortalecimento da autonomia e redescoberta de si mesmo. Esse fenômeno pode ser compreendido à luz do conceito de crescimento pós-traumático, que descreve como experiências adversas podem impulsionar transformações positivas, como novos significados de vida, maior resiliência e valorização das relações interpessoais (Luz, 2021). Para alguns idosos, em especial para aqueles que enfrentaram relações conjugais conflituosas e/ou marcadas pela sobrecarga emocional, a viuvez pode ser vivenciada como um alívio, marcando o fim de um sofrimento contínuo e o início de uma nova etapa de vida mais centrada em si mesmos e nas suas próprias escolhas (Oliveira *et al.*, 2022).

O grupo que não reportou mudanças parece representar um estado ambivalente. Por um lado, a ausência de transformação pode refletir estabilidade emocional e por outro, pode indicar bloqueios no processo de elaboração do luto, dificultando a adaptação (Bonanno, 2004). Assim, estes resultados reforçam a importância de que intervenções psicológicas com pessoas enlutadas não se restrinjam a oferecer suporte imediato, mas incluam também estratégias que favoreçam a ressignificação da experiência. Trabalhar a capacidade de identificar ganhos

potenciais, fortalecer o sentido de vida e desenvolver coping adaptativo pode reduzir o impacto da depressão e promover maior bem-estar a longo prazo.

A vivência do luto em contexto institucional pode ser particularmente desafiadora, uma vez que o idoso se encontra privado de um ambiente íntimo e pessoal onde possa elaborar a perda. O luto, já naturalmente complexo e subjetivo, quando experienciado sob as regras e rotinas de uma instituição, tende a ser silenciado, desvalorizado ou até mesmo negligenciado (Peralta *et al.*, 2021). Embora a convivência com outros residentes possa proporcionar apoio emocional e oportunidades de socialização, pode também acentuar o sofrimento caso o idoso sinta que sua dor não é legitimada ou acolhida. Além disso, o ambiente institucional, por estar frequentemente associado ao cuidado de fim de vida, pode reforçar a percepção da própria finitude, principalmente quando há episódios de adoecimento ou morte entre os residentes (Martins *et al.*, 2019).

Nesse cenário, torna-se fundamental repensar o modo como as instituições lidam e gerem a saúde emocional dos idosos enlutados. Profissionais de saúde e cuidadores, muitas vezes focados nas demandas físicas e funcionais, acabam deixando em segundo plano as dimensões emocionais, espirituais e existenciais da velhice (Peralta *et al.*, 2021). A ausência de protocolos e de formação específica para lidar com o luto e a saúde mental na velhice institucionalizada favorece a subnotificação dos sintomas depressivos e a falta de encaminhamento para suporte psicológico adequado.

Estudos como o de Djire *et al.* (2012) reforçam que a percepção da morte em instituições pode desencadear sentimentos negativos, ansiedade e quadros depressivos, sobretudo quando não há suporte psicológico adequado.

Limitações do Estudo

Este estudo fornece contributos bastante relevantes para a compreensão do luto e da depressão na pessoa idosa, mas importa reconhecer que existem algumas limitações que condicionam a interpretação e a generalização dos resultados.

Uma das limitações é o tamanho da amostra (70 participantes) e o facto de se tratar de uma amostra de conveniência, não probabilística, impedem que os resultados sejam generalizados para a totalidade da população idosa viúva em Portugal. Além disso, existe um forte desequilíbrio entre géneros, com uma presença maioritariamente feminina (84,3%). Outra limitação que encontramos, diz respeito à metodologia, o desenho transversal do estudo, em que a recolha de dados ocorreu num único momento, não permite estabelecer relações de causa e

efeito, nem acompanhar a evolução temporal dos sintomas de luto e depressão. O contexto geográfico e social também constitui uma limitação, uma vez que a amostra se cingiu apenas à Região Norte e a idosos que já usufruem de apoio institucional (ERPI e Centros de Dia), podendo os resultados diferir em idosos que vivem de forma isolada ou independente na comunidade.

Conclusão

O envelhecimento é um processo inevitável, mas não uniforme. Este estudo mostrou que as perdas sofridas, o apoio disponível e o modo como cada pessoa se relaciona consigo mesma e com os outros que moldam a saúde mental na velhice.

Os principais resultados mostram que numa amostra constituída por pessoas muito idosas predominantemente do sexo feminino e de baixa escolaridade, se observa um número elevado de participantes que apresentam algum nível de sintomatologia depressiva, não se evidenciando diferenças com significado estatístico quando se faz a comparação entre grupos, tendo em conta os aspetos sociodemográficos ou relacionados com a situação de viuvez.

Destaca-se que os participantes que perceberam mudanças na vida após a perda, tanto para melhor como para pior, apresentaram níveis de depressão significativamente mais elevados, enquanto aqueles que não referiram mudanças evidenciaram valores médios de depressão mais baixas.

A implicação para a prática gerontológica tem uma visão integrada e humanizada do cuidado, que respeita a singularidade de cada idoso, reconhecendo o seu percurso de vida, as suas fragilidades e as suas potencialidades. Cabe aos Gerontólogos criar oportunidades para que os idosos reencontrem sentido, pertença e dignidade, mesmo diante das perdas. Assim, envelhecer com saúde não significa apenas ausência de doença, mas sobretudo a possibilidade de viver com qualidade, autonomia e esperança. Os resultados aqui alcançados podem contribuir para uma gerontologia cada vez mais atenta, ética e humanizadora, capaz de transformar a realidade de quem envelhece e de quem cuida.

Assim, é urgente investir em estratégias que promovam a deteção precoce da depressão, isto é, que identifiquem precocemente os sintomas depressivos de forma a distinguir o luto esperado da depressão patológica, garantindo que o idoso recebe o apoio psicossocial adequado antes que o seu bem-estar se deteriore gravemente; o fortalecimento das redes de apoio, assim as instituições devem promover grupos de entreajuda e sessões de reminiscência que permitam ao idoso expressar as suas emoções e reorganizar a sua identidade após a viuvez, combatendo o isolamento emocional que muitas vezes surge quando o apoio social informal

diminui e o acesso a serviços de saúde mental adaptados às necessidades das pessoas idosas, isto é, a necessidade de criar vias de acesso facilitado a serviços de saúde mental que compreendam a especificidade da velhice. Isto implica não só a presença de psicólogos nas instituições de apoio social, mas também uma formação contínua dos profissionais de saúde para que não confundam o luto prolongado com o envelhecimento biológico, garantindo uma resposta terapêutica humanizada e tecnicamente adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging clinical and experimental research*, 34(6), 1215–1223. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683–712. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001091>
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. M., Cardoso, C. L., & Ceccato, M. G. B. (2017). Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1705–1716. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- Amorim, E. M. (2011). *Resiliência em idosos viúvo* [Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. <http://hdl.handle.net/10400.3/3223>
- Andrade, A. K., & Gomes, A. L. B. (2024). O luto depois da morte repentina: uma perspectiva fenomenológica: A phenomenological perspective. *RNUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 16, 71-83. <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/24828>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of the life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Cambridge University Press. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Barbosa W. B., Couri, B. M. F., Costa, K. R., Cavalcante, E. M., Rossé, V. C., Silva, S. R., Beserra, M. G. X., Beserra, M. G. X., Celeste, G.O., & Santos, L. M. S. (2023). Impacto da Telemedicina na Prestação de Cuidados de Saúde em Áreas Rurais e Remotas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências E Educação*, 9(8), 191–201. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i8.10855>
- Bass, S. A. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. L., Bengtson, D., Gans, N. M., Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging*. (pp. 347- 374). New York: Springer Publishing Company.
- Baumbach, A., Hughes, M. C., & Liu, Y. (2024). Challenges and coping strategies in transitioning from caregiving to widowhood: A systematic review. *Research on Aging*, 46(9–10), 535–547. DOI: [10.1177/01640275241254396](https://doi.org/10.1177/01640275241254396)
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ (Clinical research ed.)*, 357, j2016. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260–271. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.260>
- Borges, L. J., Benedetti, T. R., Xavier, A. J., & d'Orsi, E. (2013). Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study. *Revista de saude publica*, 47(4), 701–710. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: (Volume III)*. Basic Books.
- Brás, A. R. (2022). *E tudo a viuvez levou? O impacto da morte do cônjuge no papel das mulheres nas famílias*. Fórum Sociológico, (40), 59–71. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10535>
- Buckley, T., Sunari, D., Marshall, A., Bartrop, R., McKinley, S., & Tofler, G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 129–139. DOI: [10.31887/DCNS.2012.14.2/tbuckley](https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/tbuckley)

- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *O envelhecimento em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>
- Calache, J. P. S., Coutinho, T. A., Silva, J. V., Quintiliano, G. L. N., & Reis, R. D. (2022). Viuvez: Modificações no autocuidado e na saúde entre pessoas idosas. *Enfermagem Brasil*, 21(1), 29-42. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i1.5002>
- Camarano, A. A. (Ed.). (2014). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Instituto de Pesquisa Económica Aplicada (Ipea). <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3288>
- Cardoso, R., Postolache, O., & Coutinho, C. (2022). Remote Health Monitoring System for the Elderly based on mobile computing and IoT. In *2022 International Symposium on Sensing and Instrumentation in 5G and IoT Era (ISSI)* (pp. 132-137). IEEE. <https://doi.org/10.1109/ISSI55442.2022.9963430>
- Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 425-431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>
- Carr, D., House, J. S., Wortman, C., Nesse, R., & Kessler, R. C. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 56(4), S237-S248. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.s237>
- Cavalcanti, M. B. (2021). Luto na terceira idade: uma discussão sobre dificuldades, família e atuação do psicólogo. *Revista Eletrônica da Estácio Recife*, 7(2). <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/611>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Diniz, J. L., Moreira, A. C. A., Teixeira, I. X., Azevedo, S. G. V., Freitas, C. A. S. L., & Maranguape, I. C. (2020). Digital inclusion and Internet use among older adults in Brazil: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de enfermagem*, 73, <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0241>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>
- Djivire, S. E., Levin, E., Schinke, R. J., & Porter, E. (2012). Five residents speak: the meaning of living with dying in a long-term care home. *Death studies*, 36(6), 487-518. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.591608>
- Dong, Y., Cheng, L., & Cao, H. (2024). Impact of informal social support on the mental health of older adults. *Frontiers in public health*, 12, 1446246. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1446246>
- Eisma, M. C., & Buyukcan-Tetik, A. (2025). Prolonged Grief Symptoms Predict Social and Emotional Loneliness and Depression Symptoms. *Behavior therapy*, 56(1), 121-132. DOI: [10.1016/j.beth.2024.04.014](https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.014)
- Escobar-Agreda, S., Romero, A. Z., Contreras, P. J., & Cuba-Fuentes, M. S. (2023). Complicated grief and its relationship with anxiety, depression, and suicidal ideation in older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Peru: a cross-sectional analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 908. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05412-5>
- Farinasso, A. L. da C., & Labate, R. C. (2015). A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. *SMAD, Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Droga*, 11(1), 25-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80339429005>
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social*. 31-54. Madrid: Pirâmide.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Lusodidacta*
- Franco, P., & Costa, E. M. (2022). Disparidades regionais na prestação de serviços de saúde na

- União Europeia.: Quando o território importa. *Finisterra*, 57(120), 45–71. <https://doi.org/10.18055/Finis26994>
- Freak-Poli, R., Kung, C. S. J., Ryan, J., & Shields, M. A. (2022). Social isolation, social support, and loneliness profiles before and after spousal death and the buffering role of financial resources. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 77(5), 956–971. DOI: [10.1093/geronb/gbac039](https://doi.org/10.1093/geronb/gbac039)
- Fries, J. F. (1981). *Vitality and aging: Implications of the rectangular curve*. Freeman
- Galione, J. (2016). Relationship satisfaction and health outcomes in the context of personality. *Arts & Sciences Electronic Theses and Dissertations* from Washington University <https://doi.org/10.7936/K7QR4VHX>
- Grazziano, P., Guiesi, P. H. M., Iroldi, G. F., Alves, Élen dos S., Orlandi, A. dos S., & Inouye, K. (2023). Apoio social, sintomas depressivos e envelhecimento: uma revisão narrativa. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, 22(12), e8482. <https://doi.org/10.55905/oelv22n12-300>
- Guadalupe, S., & Vicente, H. T. (2022). Types of personal social networks of older adults in Portugal. *Social Indicators Research*, 160(2-3), 445–466. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02252-3>
- Henriques, A. (2021). Depressão é mais frequente nos adultos mais velhos com baixo suporte social e sem atividades de lazer. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP). Disponível em: <https://ispup.up.pt/depressao-e-mais-frequente-nos-adultos-mais-velhos-com-baixo-suporte-social-e-sem-atividades-de-lazer/>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw Hill Education. <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
- Hernández-Sampieri, R., Hernández Collado, C. F., & Batista Lucio, P. B. (2010). Metodologia de pesquisa (3a ed.). São Paulo: McGraw-Hill
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021: Resultados. Instituto Nacional de Estatística. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSO_S21
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Instituto Nacional de Estatística: Índice de Envelhecimento. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2
- International Longevity Centre-Brasil (2015). Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution, 1st edition, International Longevity Centre Brazil, Rio de Janeiro, Brazil, Forum Sociológico. DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.1228>
- Jiang, C., Song, H., & Shi, J. (2023). The impact of widowhood on mental health of older adults. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 50, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.12.019>
- Júnior, P. A. S., Borim, F. S. A., & Neri, A. L. (2023). Solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos e de saúde em adultos e idosos brasileiros: ELSI-Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 39(7), e00213222. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213222>
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). Springer.
- Kristiansen, C. B., Kjær, J. N., Hjorth, P., Andersen, K., & Prina, A. M. (2018). Prevalence of common mental disorders in widowhood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Advance online publication. DOI: [10.1016/j.jad.2018.11.088](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.088)
- Kubler-Ross, E. (1969). *Sobre a Morte e o morrer*. Macmillan.
- Lampert, C. D. T., & Ferreira, V. R. T. (2018). Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. *Avaliação Psicológica*, 17(2). <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/avp/article/view/14022>
- Lei, T., Xu, Y., Wang, Y., Zhang, L., & Li, J. (2024). Depressive symptoms of older adults with chronic diseases: the mediating roles of activities of daily living and economic burden of diseases. *Frontiers in Psychology*. Doi: [10.3389/fpsyg.2024.1387677](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1387677)

- Li, X., Ge, T., Dong, Q., & Jiang, Q. (2023). Social participation, psychological resilience and depression among widowed older adults in China. *BMC geriatrics*, 23(1), 454. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04168-7>
- Lichtenthal, W. G., Roberts, K. E., Donovan, L. A., Breen, L. J., Aoun, S. M., Connor, S. R., & Rosa, W. E. (2024). Investing in bereavement care as a public health priority. *The Lancet. Public health*, 9(4), e270–e274. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00030-6)
- Logan, E. L., Thornton, J. A., Kane, R. T., & Breen, L. J. (2018). Social support following bereavement: The role of beliefs, expectations, and support intentions. *Death studies*, 42(8), 471–482. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1382610>
- Lourenço, H. M. R. (2015). *Envelhecimento e prática profissional em gerontologia social: Contributo para a prática gerontológica integrada baseada na evidência*. [Dissertação de mestrado em Gerontologia Social, Escola Superior de Educação de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1721>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Luy, M., & Minagawa, Y. (2014). Gender gaps--Life expectancy and proportion of life in poor health. *Health reports*, 25(12), 1347-1352
- Luz, V. C. B. (2021). *Luto Conjugal Ressignificado Durante a Velhice: Uma Revisão Sistemática*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/134902>
- Marcelino, K. G. S., Braga, L. S., Lima-Costa, M. F., & Torres, J. L. (2024). Características da família e solidão entre adultos mais velhos: evidências do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27, e240054. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240054.2>
- Martins, E. S., Vieira, R. S., Andrade, A. C., Barcelos, L. G., & Silva, J. B. F. (2019). Percepção do idoso institucionalizado sobre o processo do envelhecimento: Um estudo no município de Gurupi-TO. *Educação, Psicologia e Interfaces*, 3(3), 218–230. DOI: <https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v3i3.169>
- Meireles, I. O. & Lima, F. F. L. C. (2016). O Luto na Fase Adulta: Um Estudo Sobre a Relação Apego e Perda na Teoria de John Bowlby. *Revista Ciências Humanas*, 9(1), 92-105. <https://doi.org/10.32813/2179-1120.2016.v9.n1.a274>
- Neimeyer, R. A. (2019). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention*. Routledge.
- Nihtilä, E., & Martikainen, P. (2008). Institutionalization of older adults after the death of a spouse. *American journal of public health*, 98(7), 1228–1234. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119271>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
- Olabisi, O. I., Faronbi, J., Adedeji, P., Ademuyiwa, G., Gambari, Y., & Lasisi, A. (2023). Influence of Family and Friends Level of Social Support on Psychological Symptoms Among the Older Adults in Nigeria. *SAGE open nursing*, 9, 23779608231187778. <https://doi.org/10.1177/23779608231187778>
- Oliveira, D. P. C., Henriques, P. J., & Santos, A. S., (2022). Revisão integrativa acerca do luto do idoso. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 7(13), 156-180. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2022.v7i13.156-180>
- Oliveira, J. B. A., & Lopes, R. G. C. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200003>
- Oostrom, S., Heidemann, F., & Fischer, B. (2021). Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(7), 1234–1242. DOI: [10.1016/j.jad.2021.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.008)

- Organização Mundial da Saúde. (2015). Organização Mundial da Saúde: Relatório mundial de envelhecimento e saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- Paço, C. (2016). Solidão e Isolamento na Velhice: Um estudo realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa. [Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Universidade Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/13212>
- Padeiro, M., & Ferreira, R. (2023). Geografia das respostas sociais para as pessoas idosas em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 146(3), e–6628349. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.349>
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Parreira, V. P. T. (2022). *A solidão nos Idosos: o efeito preditivo dos afetos negativos*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Almada]. Instituto Piaget. Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. <http://hdl.handle.net/10400.26/41523>
- Páscoa, G. M. G., & Gil, H. M. P. T., (2021). O envelhecimento ativo e o contexto digital. *Egitania Scientia*, 9-24. <https://doi.org/10.46691/es.vi.95>
- Peixoto, S. C., & Pires, H. D. S. R. (2024). Interferência das Relações Afetivas no Processo de Luto da Pessoa Idosa. *Revista FSA*, 21(9), 183-196. 983 <http://dx.doi.org/10.12819/2024.21.9.10>
- Peralta, F. R., Souza, G. L. de, Medeiros, D., & Salles, R. J. (2021). A compreensão do luto antecipatório em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(1), 691–713. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i1p691-713>
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- 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. <https://doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Praxedes, K. T. R., Pereira, G. B., Oliveira, B. F., Oliveira, F. H. L. de, Alencar, I. V. M. de, Ribeiro, C. de A., & Neto, M. L. R. (2021). A saúde mental de pessoas em luto: as perdas diárias em tempos pandémicos. *Brazilian Journal of Development*, 7(7), 65708–65713 <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-038>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.
- Romero, D. E., Groisman, D., & Maia, L. R. (2023). O apoio às cuidadoras familiares de pessoas idosas no contexto da pandemia de COVID-19 [Support for family caregivers of older people during the COVID-19 pandemic]. *Cadernos de saúde pública*, 39(11), e00072423. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT072423>
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Santos, I. R., Vasconcelos, J. S., & Conceição, A. F. S. (2023). Depressão em idosos: Uma discussão sobre abandono familiar de idosos em instituições de longa permanência. *Revista Formadores*, 16(3). <https://doi.org/10.25194/rf.v16i3.1669>
- Shear M. K. (2015). Clinical practice. Complicated grief. *The New England journal of medicine*, 372(2), 153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1315618>

- Silva, C., Ferreira, R., Morgado, B., Alves, E., & Fonseca, C. (2024). Depression, Loneliness and Quality of Life in Institutionalised and Non-Institutionalised Older Adults in Portugal: A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*, 14(3), 2340-2354. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030174>
- Srivastava, S., Debnath, P., Shri, N., & Muhammad, T. (2021). The association of widowhood and living alone with depression among older adults in India. *Scientific reports*, 11(1), 21641. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01238-x>
- Stedile, T., Martini, M. I. G., & Schmidt, B. (2017). Mulheres idosas e sua experiência após a viuvez. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(2), 327-343. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/07.pdf>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: An updated overview. *Estudios de Psicología*, 38(3), 582–607. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
- Teo, A. R., Choi, H., & Valenstein, M. (2013). Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PloS one*, 8(4), e62396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062396>
- Teodoro, M. L. M., & Baptista, M. N. (2020). *Psicologia de família: Teoria, avaliação e intervenção* (2ª ed.). Artmed
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826134752>
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Document Production Services. <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
- World Health Organization. (2002). Active ageing : a policy framework. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2016). *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/332324>
- World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/338677>
- Wu, Q., Feng, J., & Pan, C. W. (2022). Risk factors for depression in the elderly: An umbrella review of published meta-analyses and systematic reviews. *Journal of affective disorders*, 307, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.062>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zheng, J., & Yan, L. (2024). The impact of widowhood on the mental health of older adults and the buffering effect of social capital. *Frontiers in public health*, 12, 1385592. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1385592>
- Zhu X, Ning B, Xia F, Wang B, Li Y, Zhang P, Zhang X, Yang D, Ji G, Li M. (2024). The impact of widowhood on the quality of life of older adults: the mediating role of intergenerational support from children. *BMC Geriatr*. 24(1). 658. DOI: [10.1186/s12877-024-05244-2](https://doi.org/10.1186/s12877-024-05244-2)