

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Estudo Longitudinal dos Fatores Associados à Evolução de
Sintomas Depressivos em Idosos Institucionalizados



Filomena Isabel Videira Vicente

Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica
Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2013



Estudo Longitudinal dos Fatores Associados à Evolução de Sintomas Depressivos em Idosos Institucionalizados

Filomena Isabel Videira Vicente

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapia e
Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo

Coimbra, Outubro de 2013

Imagem da Capa:

<http://www.google.pt/imgres?biw=1366&bih=667&tbm=isch&tbnid=7X7SwTUY5KDvBM:&imgrefurl=http://despertar.bloguepessoal.com/27/&docid=hzt7cy2-UL-ASM&imgurl=http://perlbal.hi-pi.com/blog-images/495602/mn/1207700748/IDOSOS.jpg&w=400&h=271&ei=XYJQUoeiOMG3hQfopYBw&zoom=1&ved=1t:3588,r:7,s:0,i:100&iact=rc&page=1&tbnh=179&tbnw=258&start=0&ndsp=16&tx=100&ty=99>

Agradecimentos

O culminar de mais um ciclo académico, leva-nos a refletir nas pessoas importantes deste percurso que possibilitaram a concretização do mesmo. Sem elas nada disto seria possível. Por isso quero agradecer:

À Professora Doutora Helena Espírito-Santo, pela motivação, pela disponibilidade, pela paciência e pela sabedoria que foi transmitindo ao longo deste ano. Um muito e sincero obrigado.

Às instituições que permitiram a realização desta investigação e, sobretudo, aos idosos que participaram ao responder aos instrumentos de avaliação, sem eles nada disto teria sido concretizável.

Aos meus pais, pela oportunidade de continuar a estudar e de viver todas estas experiências ao longo destes cinco anos de curso. E também à minha irmã pelo apoio e pela disponibilidade que manifestou.

Aos meus colegas de grupo de orientação pela interajuda, pela disponibilidade, pela partilha e pelos bons e maus momentos que passamos juntos.

Resumo

Introdução: A depressão é frequente em idosos institucionalizados e é frequente associar-se à solidão, à ansiedade e à afetividade. No entanto, falta investigação longitudinal que mostre quais os fatores que se associam à evolução da depressão.

Objetivos: Descrever a evolução dos sintomas depressivos durante um período de tempo de cerca de dois anos e verificar que fatores se associam à evolução da depressão.

Metodologia: Avaliámos 83 idosos institucionalizados em dois momentos com 2 anos de intervalo, com idade inicial compreendida entre os 50 e 100 anos, 79,5% mulheres, 86,7% sem companheiro, 72,3% com alguma escolaridade e 88,0% com profissão manual. Avaliámos a depressão através da *Escala Geriátrica da Depressão* (GDS), a solidão pela *Escala de Solidão* (UCLA), a ansiedade pelo *Inventário Geriátrico de Ansiedade* (GAI) e afetividade pela *Lista de Afetos Positivos e Negativos* (PANAS).

Resultados: Verificámos que 59,0% *manteve* depressão e 10,8% *desenvolveu* depressão. Os fatores demográficos, ao contrário dos emocionais, não se associaram à *ausência/presença* de sintomatologia depressiva na linha base. Os idosos com depressão tiveram significativamente piores resultados na UCLA, no GAI e no PANAS e os que não tiveram depressão tiveram afetos positivos mais altos.

Quanto à evolução da depressão, os idosos que *mantiveram depressão* tiveram inicialmente altas pontuações no GDS, no GAI, na UCLA e na subescala PANAS negativo e baixas pontuações na subescala PANAS positivo. Estes idosos tiveram associadamente um agravamento dos sentimentos de solidão, dos sintomas ansiosos e do afeto negativo ao longo dos dois anos. Os idosos que *desenvolveram depressão* tiveram altas pontuações na UCLA no momento inicial.

Conclusão: Concluímos que a depressão e/ou solidão no momento inicial, a pioria ao longo do tempo da solidão, de ansiedade e dos afetos positivos e negativos poderão todos ser fatores de risco para a *manutenção* dos sintomas depressivos. E a solidão poderá ser um fator de risco para o *desenvolvimento* da depressão. Assim, idosos com depressão que tenham pontuações mais elevadas no GDS e/ou na UCLA na linha base têm mais probabilidade de desenvolver sintomatologia crónica e deverão ser foco de tratamento. Para prevenir o desenvolvimento de depressão, será essencial intervir em idosos com altas pontuações na UCLA.

Palavras-chave: idoso, depressão, solidão, ansiedade, afetividade e instituição.

Abstract

Context: Depression is common in institutionalized elderly and often associate with loneliness, anxiety, and affectivity. However, there is a lack of longitudinal research that shows which factors are associated with the development of depression.

Objectives: To describe the evolution of depressive symptoms over a period of about two years and see what factors are associated with the development of depression.

Methods: We evaluated 83 elderly institutionalized in two moments two years of interval, an initial age ranging from 50 to 100 years, 79.5% women, 86.7% unmarried, 72.3% received some education and 88.0% manual occupations. We assessed depression through the GDS, loneliness through UCLA, anxiety through the GAI, and affectivity through the PANAS.

Results: We found that 59.0% remained depressed and 10.8% developed depression. Demographics, unlike the emotional factors, were not associated with the presence/absence of depressive symptoms at baseline. Elderly people with depression had significantly worse scores at the UCLA, the GAI, and at the PANAS and those without depression had higher positive affect.

Regarding the evolution of depression, elderly who kept depressed had initially higher scores on the GDS, GAI, UCLA, and PANAS negative subscale, and low scores on the PANAS positive subscale. These elderly, associatively, have had a worsening of feelings of loneliness, anxiety symptoms and negative affect throughout the two years. The elderly who developed depression had higher scores on UCLA at baseline.

Conclusion: We conclude that depression and/or loneliness at baseline, the worsening of loneliness, anxiety, and positive and negative affects throughout time may all be risk factors for the maintenance of depressive symptoms. And loneliness can be a risk factor for the development of depression. Thus, depressed elderly that have higher scores on the GDS and/or UCLA at baseline are likely to develop chronic symptoms, and should be focused for treatment. To prevent the development of depression, it will be essential to intervene in elderly patients with higher scores at the UCLA.

Keywords: elderly, depression, loneliness, anxiety, affect and institution.

INTRODUÇÃO

Depressão

Atualmente verifica-se um crescente interesse orientado para a depressão na terceira idade, incluindo o estudo dos fatores associados à depressão em análise longitudinal. Sendo a depressão uma perturbação comum nos idosos, é de considerável importância a investigação nesta área (Iachina, Jorgensen, McGue e Christensen, 2006; Torres-Pena et al. 2012; Solhaug, Romuld, Romild e Stordal, 2012). Os *sintomas* depressivos incluem disforia, sentimentos de culpa, pensamentos suicidas, sintomas motivacionais (falta de interesse e perda de energia), lentificação motora, dificuldade com o pensamento e concentração (Li, Meyer e Thornby, 2001; Rahman, 2006, Singhe e Misra, 2009). O estudo da depressão é ainda relevante pelo grande impacto na qualidade de vida, no bem-estar físico e psicológico, nas atividades diárias, no prognóstico das doenças físicas (doença cardiovascular) e na mortalidade (Bogner, Morales, Reynolds, Cary e Bruce, 2012; Singhe e Misra, 2009; Solhaug et al., 2012).

Estas mudanças emocionais associam-se, com o avançar da idade, a perdas significativas (Byers et al., 2012). De facto, a morte de um dos cônjuges e a de pessoas próximas tem sido identificado como um dos eventos mais stressantes de vida, exigindo adaptação psicológica (Iachina et al. 2006). Na realidade, os estudos também têm demonstrado que o nível da depressão das pessoas viúvas é maior do que o das pessoas casadas (Blay, Andreoli, Fillenbaum e Gastal, 2007; Byers et al., 2012; Mendes-Chiloff, 2006; Papadopoulos et al., 2005; Vaz, 2009). Talvez por esse motivo, os sintomas depressivos têm uma forte ligação com a solidão (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey e Thisted, 2006; Chlipala, 2008), assim como com o baixo suporte social e com a baixa religiosidade (Richardson et al., 2012). Outros fatores de risco para a depressão são a presença e o número de doenças crónicas, défice visual ou auditivo, falta de exercício, deficiência física, perceção de má saúde física e, especialmente, má autoavaliação da saúde (Blay et al., 2007; Chang-Quan, Xue-Me, Bi Rong e Zhen-Chan, 2010; Lenze et al., 2001; Richardson et al., 2012). Acresce a este aspeto a institucionalização, pois dela decorrem frequentes mudanças de humor nos idosos (Rahman, 2006). A estes fatores de risco somam-se a idade e o sexo. Alguns estudos mostram uma associação entre a idade e o aumento dos sintomas depressivos (Davey, Halverson, Zonderman e Costa, 2004; Rothermund e Brandtstadter, 2003), ainda que haja um estudo que mostre que quanto mais velho é o idoso, menor a prevalência da depressão (Blay et al., 2007). Em relação

ao sexo, segundo vários autores (Byrne et al., 2002; Ekinci, Tortumluoglu, Okanli e Sergin, 2004), as mulheres têm mais sintomatologia depressiva que os homens mas, segundo Boorsma e colaboradores (2012), são os homens, ainda que institucionalizados, os mais afetados. No entanto, o já referido estudo de Blay e colaboradores (2007) e também o de Costa e equipa (2007) verificaram ausência de relação entre depressão e sexo em idosos.

Solidão

Retomando a solidão enquanto aspeto etiológico da depressão, podemos dizer que a mesma se caracteriza por um sentimento e uma perceção negativos da própria experiência do idoso. Ou seja, está relacionada com a experiência pessoal e com a falta ou défice das relações sociais (Singh e Misra, 2009). Segundo Weiss (1973), a solidão pode ser compreendida em duas dimensões, a emocional e a social. A dimensão emocional está relacionada com insatisfação nas relações familiares e românticas (relações íntimas). A social está relacionada com as relações sociais pobres. Também podemos dizer que a solidão é uma consequência secundária da solidão emocional. Por outras palavras, o suporte social tem impacto na solidão social e o estado civil tem impacto na solidão emocional (Weiss, 1973). Na pesquisa realizada por Stroebe e parceiros (1996), ao estudar a importância do suporte social na viuvez, confirmou-se que com a perda do cônjuge, o suporte social não equilibra o sentimento de vazio vivido pelo sujeito. De acordo com Nunes (2008), com Benyamini e Roziner (2008) e Cacioppo e colaboradores (2006), a solidão está relacionada com a depressão. Os *sintomas* depressivos nos idosos podem provocar uma redução nas atividades sociais e física, prejudicando as relações sociais (Zimmerman, 2000). Ou seja, existe uma reciprocidade entre a depressão e a solidão (Cacioppo et al., 2006). A solidão pode também causar problemas de saúde, tentativas de suicídio, má adaptação psicológica, insatisfação com a família e com as relações sociais (Singh e Misra, 2009).

Ansiedade

A depressão e a ansiedade são duas patologias que se associam, se sobrepõem sintomaticamente e coevolvem (Borjesson-Hanson, Waern, Ostling, Gustafson e Skoog, 2011; Cohen, Goh e Yaffer, 2009; Rahman, 2006). Por esse motivo é importante, quando se faz o diagnóstico de uma das patologias, verificar a presença da outra. Os sintomas ansiosos no idoso incluem tensão e queixas somáticas (tonturas, oscilações e náuseas) (Rahman, 2006), dor física, preocupações com a perda de memória, com as doenças e com as quedas (Bassil, Ghandour e Grossberg, 2011). As consequências da ansiedade

englobam queixas somáticas não explicadas clinicamente, maior utilização dos recursos de saúde, doenças crónicas e níveis baixos de qualidade de saúde física (Bassil et al., 2011). Acrescente-se que os sintomas da ansiedade podem predizer limitação física entre as mulheres mais velhas e menor capacidade de realizar as atividades diárias (Bassil et al., 2011). Os sintomas da ansiedade nos idosos ocorrem especialmente em alturas de transição de vida, como por exemplo, a entrada na reforma, com os problemas de saúde física, com a perda de um dos cônjuges ou de um ente querido (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley e Craske, 2010). Como fatores de risco associados a uma maior probabilidade da ansiedade nos idosos, surgem o do sexo feminino, o ter várias doenças crónicas, o ser solteiro ou divorciado/separado, a baixa escolaridade, a autoperceção negativa da saúde física, as limitações físicas e os eventos de vida stressantes (Wolitzky-Taylor et al., 2010). O facto de um idoso viver num lar é também fator de risco para desenvolver ansiedade e, em simultâneo, ansiedade e depressão (Gonçalves, Espírito-Santo, Matreno e Guadalupe, 2012; Rahman, 2006). Como foi referido, anteriormente, a institucionalização pode provocar mudanças de humor nos idosos (Boorsma et al., 2012), e estes demonstram menor qualidade de vida quando comparados com os idosos que vivem na comunidade (Luanaigh e Lawlor, 2008; Sampson, Bulpitt e Fletcher, 2010). De facto, os idosos institucionalizados tendem a sentir-se mais insatisfeitos e solitários devido à falta de atividades e ao afastamento das redes sociais (De Jong-Gierveld e Havens, 2004; Fonseca, 2005). O estudo da equipa de Espírito-Santo (2012) mostra uma associação entre a idade avançada e a presença de ansiedade.

Afetividade

Quanto à afetividade, que é a dimensão emocional do bem-estar subjetivo, é outro aspeto a considerar quando se estuda a depressão. A afetividade inclui duas dimensões, a positiva e a negativa (Watson, Clark e Tellegen, 1998). O afeto positivo consiste nos sentimentos de alegria, de interesse, de confiança (Singh et al., 2008), relacionando-se com o grau com que o sujeito se sente entusiasmado, ativo e alerta. Um afeto positivo elevado expressa um estado de energia, concentração e empenhamento satisfatórios, e inversamente, o afeto positivo baixo relaciona-se com a *tristeza* e com a *apatia*. Em oposição, o afeto negativo é caracterizado por sofrimento subjetivo, sentimento de raiva, de culpa, de medo, de nervosismo e experiências desagradáveis nas atividades do quotidiano (Watson et al., 1988), a *tristeza* e o *desprezo* (Singh et al., 2008). O afeto

negativo alto está presente na depressão e na ansiedade (Larson, Kellison, Schmalfluss e Perlstein, 2009).

Estudos longitudinais sobre a depressão

A investigação longitudinal tem revelado que os principais fatores de vulnerabilidade para o idoso (não institucionalizado) são os sintomas depressivos no início da avaliação (Cohen et al, 2009; Harris, Cook, Victor, DeWilde e Beighton, 2006; Wallace e O'Hara, 1992), os sintomas ansiosos na linha de base e o maior aumento de ansiedade ao longo do tempo (Cohen et al., 2009), a idade avançada (Solhang et al., 2012; Wallace e O'Hara, 1992), o sexo e a escolaridade (Wallace e O'Hara, 1992), o AVC (Aben et al., 2006), e perda de suporte social no intervalo de tempo (Harris et al., 2006), o número de fatores de risco vascular (Mast, Yochin, Marneill e Lichtenberg, 2004). Encontrou-se também evidências de que a dor e a pioria da incapacidade se relacionam com o desenvolvimento da depressão (Harris et al., 2006). Em homens verificou-se ainda o stresse com as doenças e com a situação económica, fatores de risco depressivo e nas mulheres o stresse com doenças e a solidão (Chul-Gyu e Seungmi, 2012). Entre os fatores de proteção, foram encontrados a religiosidade (Sun et al., 2012) e o suporte social (Wallace e O'Hara, 1992). Em homens idosos encontrou-se ainda o suporte familiar, o nível educacional e a idade mais jovem, e em mulheres idosas foi o apoio de amigos, a satisfação com o sono e o suporte familiar (Chul-Gyu e Seungmi, 2012).

Objetivos

Em síntese, a literatura revista mostra a alta prevalência de idosos com depressão, especialmente idosos institucionalizados. Os estudos analisados mostram ainda relação entre a depressão e vários aspetos/fatores sociodemográficos e entre a depressão e vários aspetos emocionais. A revisão da literatura não revelou nenhum estudo longitudinal sobre os fatores associados à depressão com idosos, institucionalizados, nem sobre quaisquer fatores associados à depressão em idosos portugueses.

Assim, com base num subgrupo de uma grande amostra de idosos institucionalizados com idades superiores a 65 anos, este estudo tem como objetivos: descrever a evolução dos sintomas depressivos avaliados pela GDS durante um período de tempo de cerca de dois anos e verificar quais os fatores associados à evolução da depressão. Para perceber o papel desses fatores na evolução dos sintomas depressivos, primeiramente iremos analisar as suas associações com a depressão no momento inicial da avaliação.

METODOLOGIA

Âmbito Geral do Estudo

Este estudo insere-se no Projeto *Trajetórias do Envelhecimento. Desempenho cognitivo, estado emocional, padrões de comportamento e as suas mudanças longitudinais em idosos institucionalizados do distrito de Coimbra*. O objetivo principal do Projeto compreendia o rastreio cognitivo e a avaliação dos idosos que se encontram sob resposta social no distrito de Coimbra. O universo de idosos incluiu 10.029 (342 em lar de residência, 4.957 em Centro de Dia e 4.730 em Lar de Idosos) (Carta Social, 2013).

Procedimentos

Depois de contactar, por carta, com descrição completa do estudo, estabelecemos protocolos de parcerias com várias instituições que fornecem resposta social à população idosa no distrito de Coimbra. A avaliação inicial ocorreu depois do fornecimento do consentimento informado de cada idoso e inclui a *Avaliação Breve do Estado Mental* para a deteção de défice cognitivo; o *Inventário Geriátrico de Ansiedade* (GAI) para a presença de sintomas de ansiedade; a *Escala Geriátrica da Depressão* (GDS) para os sintomas depressivos; a *Escala de Satisfação com a Vida* e a *Lista de Afetos Positivos e Negativos* (PANAS); o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) para o declínio cognitivo; a *Figura Complexa de Rey* para as dificuldades viso-espaciais; o *Teste de Fluências Verbais* para as dificuldades de Linguagem; o *Teste Stroop* para as dificuldades de atenção; o *Teste do Tempo e do Troco* que ajuda a diagnosticar a demência; o *Rey 15-item* para a simulação de esforço; a *Bateria de Avaliação Frontal* para as funções executivas; a *Escala de Solidão* (UCLA) para os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social; o *Questionário sobre o Sono na Terceira Idade* (QSTI) para medir a qualidade e padrões de sono; a *Avaliação Geral do Idoso* que ajuda a compreender a saúde do idoso no todo e a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (perguntas relativas a Episódio Depressivo Major sem/com características Melancólicas e Perturbação da Ansiedade Generalizada) na qual se confirmam ou não as perturbações de Depressão e de Ansiedade.

Os instrumentos utilizados no momento final excluíram os seguintes: a *Avaliação Geral do Idoso*; a *Figura Complexa de Rey*; o *Teste do Tempo e do Troco*; e por último a segunda parte do QSTI exceto a pergunta 8.

Para o nosso estudo, os instrumentos utilizados foram o GAI; a GDS, a PANAS e a UCLA (356 idosos não responderam à escala da solidão medida pela UCLA, no

primeiro momento, este foi introduzido momentos depois do projeto acima referido ter iniciado). Os instrumentos de avaliação foram sempre lidos pelos avaliadores.

Participantes

A amostra deste estudo incluiu os idosos residentes em Lares e em Centros de Dia do distrito de Coimbra. Foram retirados de uma amostra mais vasta (781 sujeitos) do Projeto Trajetórias do Envelhecimento. Excluímos 133 sujeitos por serem idosos avaliados pela primeira vez recentemente (janeiro, 2013) (Figura 1).

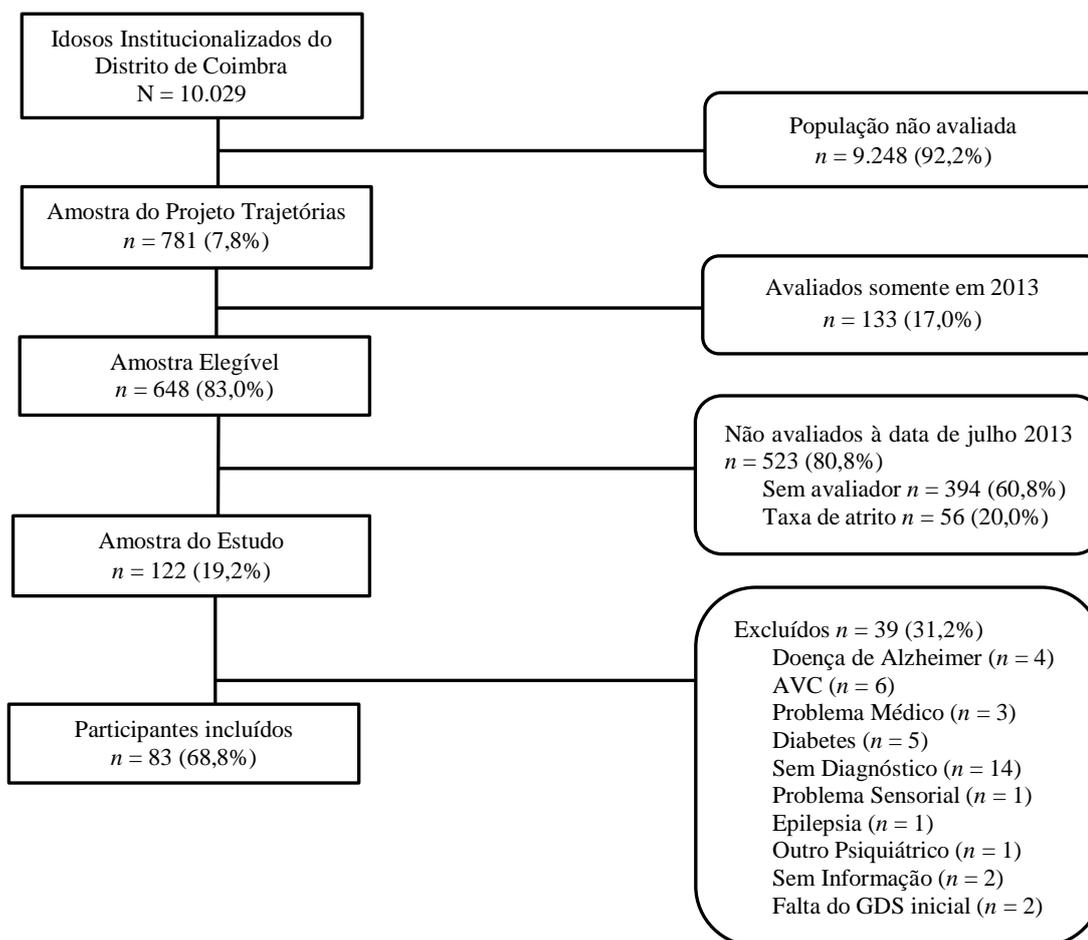


Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão de idosos no estudo.

No início do estudo participaram 615 sujeitos, 148 (24,1%) do sexo masculino e 467 (75,9%) do sexo feminino (Tabela 1). A idade média dos indivíduos era de 80,14 anos ($DP = 7,57$), a idade mínima de 50 anos e a máxima de 100 anos contudo, 23 sujeitos não souberam dizer a sua idade. Verificámos um maior número de idosos sem companheiro ($n = 489$; 80,69%), [não existe informação de 11 sujeitos por erro do avaliador (0,3%), a seis sujeitos não foi perguntado (0,6%) e um sujeito não respondeu

(0,2%)], de idosos com o ensino básico primário ($n = 237$; 38,5%), e que não sabe ler nem escrever ($n = 196$; 31,9%), [quatro idosos não responderam devido ao erro do avaliador (0,7%) e seis idosos recusaram-se a responder (1,0%)]. Os critérios de inclusão foram; estar institucionalizado, ter idade igual ou superior a 60 anos, avaliação inicial há mais de um ano, ausência de demência, de AVC, de tumor ou de esclerose múltipla ou de outra doença neurológica com impacto no funcionamento cognitivo. Excluímos 39 sujeitos por terem pontuações indiciadoras de declínio cognitivo ($\text{MoCA} \leq 7$) (Figura 1).

Da amostra elegível final, ficámos com o total de 83 idosos; 17 (20,5%) do sexo masculino e 66 (79,5%) do sexo feminino (Tabela 1). A idade média dos indivíduos era de 79,51 anos ($DP = 6,58$), a mínima de 61 anos e a máxima de 97 anos. De igual modo, houve um maior número de idosos sem companheiro ($n = 72$; 86,7%) e um maior número de idosos com escolaridade ($n = 60$; 72,3%). O tempo de institucionalização variou entre 15 e 38 meses, o tempo médio da institucionalização foi de 25,07 meses recuando a partir do ano de 2013.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.

		Amostra Elegível			Amostra Final		
		$n = 615$			$n = 83$		
		n (%)	M	DP	n (%)	M	DP
Idade			80,14	7,57		79,51	6,58
Sexo	Homens		148 (24,1%)			17 (20,5%)	
	Mulheres		467 (75,9%)			66 (79,5%)	
	Total		615 (100%)			83(100%)	
Estado Civil	Sem companheiro (a)		489 (80,69%)			72(86,7%)	
	Com companheiro		117 (19,31%)			11 (13,3%)	
	Total		606 (100%)			83(100%)	
Grau de Escolaridade	Sem escola		287 (47,44%)			23(27,7%)	
	Com escola		318 (52,56%)			60 (72,3%)	
	Total		605 (100%)			83(100%)	
Profissão	Profissão manual		537 (92,11%)			73 (88,0%)	
	Profissão intelectual		46 (7,89%)			10 (12,0%)	
	Total		583 (100%)			83 (100%)	

Notas: n = Número total de sujeitos; M = Média; DP = Desvio Padrão.

Em termos clínicos, 42,2% dos idosos eram razoavelmente saudáveis isto é, os problemas de saúde não implicavam alterações cognitivas (hipertensão, bronquite, artrite reumatoide, etc.) e 36,1% não tinha informação sobre o seu estado de saúde (Tabela 2).

Tabela 2. *Caraterização Clínica da Amostra.*

Problemas de saúde	Total	
	<i>n</i>	%
Razoavelmente Saudável	35	42,2%
Doença com Impacto no Funcionamento Cognitivo	10	12,0%
Doença Mental	8	9,6%
Sem Informação	30	36,1%

Não considerando os 394 idosos que não foram ainda avaliados (número insuficiente de estagiários em grande instituição ou instituições sem estagiários), a taxa de atrito foi de 20,0% (46 faleceram, seis pioraram de saúde e quatro recusaram).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Este questionário serviu para recolher informação às variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade, coabitação e visitas.

Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983). A GDS foi elaborada com o objetivo de avaliar a depressão especificamente em idoso. A versão portuguesa utilizada nesta dissertação foi traduzida por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003). Esta versão inclui 30 itens, cada um deles pontuado com zero ou um, oscilando a pontuação total entre 0 e 30 pontos. Por cada resposta *afirmativa* nos itens 2-4, 6, 8, 10,14, 16-18, 20, 22-26 e 28 atribui-se um ponto e por cada resposta *negativa* nos itens 1,5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se um ponto também. As perguntas incluídas nesta escala são alusivas à última semana (Baldwin e Wild, 2004). Quanto às propriedades psicométricas da GDS, elas revelaram-se satisfatórias mostrando altas consistência interna ($\alpha = 0,94$) e fidedignidade inter-avaliadores ($\kappa = 0,94$) (Coleman, Philip e Mullee, 1995). De acordo com a interpretação das pontuações adquiridas, com os pontos de corte da escala original, um resultado entre 0-10 revela ausência de depressão; um resultado entre 11-20 demonstra depressão ligeira e entre 21-30, verifica-se depressão grave (Barreto et al., 2003). No nosso estudo, o GDS mostrou-se com consistência interna moderada ($\alpha = 0,86$), boa fidedignidade ($r = 0,54, p < 0,01$) e confiabilidade ($\kappa = 0,15; p < 0,01$) para um intervalo de tempo médio de 14,00 meses ($DP = 11,53$).

Escala de Solidão (UCLA-16; Russel, Replau e Ferguson, 1978; Versão Portuguesa Pocinho, Farate e Amaral Dias, 2010). A UCLA foi construída por Russell e seus colaboradores (1978) com o objetivo de avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. A versão original é formada por 20 itens (Russel et al, 1978). A versão portuguesa de Pocinho e parceiros (2010), utilizada neste trabalho, está validada

para idosos. A UCLA é composta por 16 questões, com quatro opções de escolha que variam entre “Nunca”, “Raramente”, “Algumas Vezes” e “Frequentemente”. A pontuação pode variar entre 16 a 64 pontos. Todas as perguntas foram elaboradas com um intuito negativo, devendo o sujeito referir a frequência com que apresenta sentimentos de solidão. A análise fatorial revelou a existência de duas subescalas (isolamento social e afinidade). As propriedades psicométricas revelaram-se adequadas (κ = entre 0,8 e 1; escala total: α = 0,91; subescala isolamento social: α = 0,87; subescala afinidade: α = 0,81) tendo como ponto de corte 32 pontos (Pocinho et al, 2010). No nosso estudo a confiabilidade foi boa (α = 0,89) e significativa no teste-reteste (r = 0,33; p < 0,01).

Geriatric Anxiety Inventory (GAI; Pachana et al., 2007; Espírito-Santo e Daniel, 2010). O GAI foi elaborado por Pachana e colaboradores (2007) com o objetivo de avaliar a ansiedade geriátrica. Este teste serve como ferramenta de triagem, de fácil administração e de resposta rápida. É composta por 20 itens em que as opções de resposta são “concordo” (um ponto) ou “discordo” (zero pontos), referindo-se à última semana. A pontuação pode oscilar entre 0 pontos (mínimo) e 20 pontos (máximo) (Pachana et al., 2007). O ponto de corte de 10/11, para a Perturbação de Ansiedade Generalizada na amostra psicogeriátrica, apresentou uma sensibilidade de 75% e especificidade de 84% (Pachana et al., 2007). O GAI apresenta boa validade convergente com os outros instrumentos que avaliam a ansiedade. A versão portuguesa utilizada nesta dissertação foi a versão experimental de Espírito-Santo e colaboradores (2010) com confiabilidade muito boa (α = 0,93), e validade convergente com entrevista de diagnóstico (M.I.N.I) significativa (r = 0,68; p < 0,001) e teste-reteste também adequado (r = 0,45; p < 0,001).

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark e Tellegen, 1988; Versão Portuguesa Simões, 1993). A PANAS foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o bem-estar subjetivo e a afetividade. A versão original contém 20 itens, dez itens avaliando o afeto negativo, os restantes o afeto positivo, com cinco alternativas de resposta: “muito pouco ou nada”, “um pouco”, “assim, assim”, “muito”, “muitíssimo”. Este instrumento revelou para as escalas de afeto positivo e de afeto negativo, respetivamente, um alfa de Cronbach de 0,88 e de 0,87. Entre as duas escalas de afetos, a correlação que se obteve foi de -0,17. A versão Portuguesa usada neste estudo foi validada por Simões (1993). Esta versão é composta por 22 itens, com 11 itens para

avaliar o afeto positivo e 11 itens para avaliar o afeto negativo. As opções de resposta mostram-se iguais à versão original (Simões, 1993). As perguntas que compõem esta escala são alusivas à última semana. Simões (1993) constatou um alfa de Cronbach de 0,82 para a subescala de afeto positivo e de 0,85 para a subescala de afeto negativo. No nosso estudo, a confiabilidade foi moderada para a PANAS positivo ($\alpha = 0,76$) e para a PANAS negativo ($\alpha = 0,83$), a fidedignidade foi moderada tanto para a PANAS positivo ($r = 0,39$) como para a PANAS negativo ($r = 0,38$).

Análise Estatística

Todas as análises foram efetuadas com o Software SPSS Statistics (V.21; IBM SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows 7 SPSS Inc., 2011. Para a caracterização da nossa amostra, foi realizada a estatística descritiva com o cálculo das médias, desvios-padrão, e frequências. Na análise descritiva das pontuações dos instrumentos, estudámos a normalidade da distribuição das pontuações. O pressuposto da normalidade foi validado com o teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors para os dois momentos. Calcularam-se também medidas de curtose e assimetria para as variáveis em estudo (GDS inicial: $ku = -0,91$; $sk = -0,24$; $KS = 0,92$; $p = 0,37$; GDS final: $ku = 0,58$; $sk = 0,05$; $KS = 0,76$; $p = 0,61$; UCLA inicial: $ku = -1,08$; $sk = 0,28$; $KS = 0,89$; $p = 0,41$; UCLA final: $ku = -1,00$; $sk = 0,36$; $KS = 1,06$; $p = 0,21$; GAI inicial: $ku = -0,66$; $sk = -0,56$; $KS = 1,08$; $p = 0,20$ GAI final: $ku = -1,13$; $sk = -0,35$; $KS = 1,12$; $p = 0,16$; PANAS negativo inicial: $ku = -0,58$; $sk = 0,34$; $KS = 0,62$; $p = 0,83$; PANAS negativo final: $ku = -0,95$; $sk = -0,13$; $KS = 0,97$; $p = 0,31$; PANAS positivo inicial: $ku = -0,48$; $sk = -0,29$; $KS = 0,86$; $p = 0,45$; PANAS positivo final: $ku = -0,66$; $sk = -0,08$; $KS = 0,88$; $p = 0,43$). As pontuações iniciais e finais da GDS, da UCLA, do GAI, da PANAS inicial e final apresentaram uma distribuição normal uma vez que os valores de p se evidenciam superiores a 0,05 (Maroco 2010; Laureano, 2011) pelo que decidimos por análises paramétricas.

De seguida, por ser um estudo longitudinal com dois momentos de avaliação, foi utilizado o teste t para amostras emparelhadas para as medidas de interesse (GDS, UCLA, GAI e PANAS). Nestas análises, calculámos o tamanho do efeito com a fórmula de Cummings (2012, p. 291)¹ e seguimos as indicações de Cohen (1988)² para

¹ Segundo este método, o cálculo para o tamanho do efeito individual segue a fórmula: $d = (M_i - M_f) / DP$ médio com DP médio = $\sqrt{(DP_i^2 + DP_f^2) / 2}$, em que M é a média, i é o momento inicial, f é momento final, e DP é desvio padrão.

² Trivial ou negligenciável para $d < 0,19$; pequeno para $d = 0,2$; médio para $d = 0,5$ e grande com $d = 0,8$.

a sua classificação. Ainda para este cálculo, são apresentadas as correlações para amostras emparelhadas.

Para compreender a evolução dos sintomas depressivos em termos de *presença* ou *ausência de depressão*, categorizámos as pontuações na GDS segundo os pontos de corte da versão original. Depois, consoante a evolução, determinámos as categorias seguintes: *manteve sem depressão*, *melhorou*, *manteve depressão* e *desenvolveu depressão*.

De seguida, em análise bivariada, fomos verificar quais os fatores demográficos e emocionais que se associavam à *ausência/presença de depressão* no momento inicial. Para os fatores de natureza dicotómica, usámos o teste do Qui-quadrado e para os fatores de natureza escalar, utilizámos o teste *t*.

Fizemos o mesmo para o momento final mas para as categorias *manteve sem depressão*, *melhorou*, *manteve depressão* e *desenvolveu depressão*. Para as comparações, usámos a ANOVA e a análise *post-hoc*³ para as variáveis de natureza escalar (GDS, UCLA, GAI e PANAS) e a Kruskal-Wallis para as variáveis de natureza nominal.

Para medir a intensidade da relação entre a evolução da depressão e a evolução das restantes variáveis emocionais (categorizadas nos mesmos moldes de evolução da depressão⁴), recorreremos novamente ao teste do Qui-quadrado da independência.

RESULTADOS

Depressão ao longo do tempo

Da Tabela 3 podemos verificar que as mudanças nas pontuações GDS, GAI e PANAS não atingiram um nível de significância para rejeitar a hipótese nula e os tamanhos de efeito foram triviais, embora exista maior dispersão nos desvios-padrão no segundo momento em todas as provas, exceto no PANAS negativo.

Da Tabela 3, destacamos a evolução das pontuações da UCLA (melhoria dos sentimentos de solidão). Apesar de não ter sido obtido nível de significância para rejeitar a hipótese nula ($p > 0,05$), o tamanho de efeito é relevante ($d = 0,2$).

As correlações lineares de Pearson confirmam uma mudança pouco significativa com correlações a variar entre o moderado ($r = 0,4$) e o elevado ($r = 0,7$).

³ O tipo de *post-hoc* será escolhido com base no teste de Levene.

⁴ Quem desenvolveu ou manteve solidão/sintomas depressivos/sintomas ansiosos/afeto negativo e quem desceu ou manteve sem afeto positivo foi classificado como “piorou”.

Tabela 3. Comparação das Pontuações Médias, dos Instrumentos Emocionais Entre Dois Momentos de Avaliação Com Dois Anos de Intervalo.

Instrumentos	Total	Momento inicial (n = 83)			Momento final (n = 83)			t	d	r
		M	DP	Variação	M	DP	Variação			
GDS	83	14,20	5,92	2,00-25,00	13,78	6,38	0,00-29,00	0,80	0,1	0,70**
UCLA	57	36,18	10,96	19,00-59,00	33,42	11,98	16,00-60,00	1,65	0,2 [†]	0,40**
GAI	83	12,12	5,85	0,00-20,00	11,20	6,08	0,00-20,00	1,40	0,2 [†]	0,50**
PANAS (-)	81	26,99	9,34	12,00-51,00	27,47	8,68	12,00-46,00	-0,44	0,1	0,41**
PANAS (+)	81	27,74	6,29	12,00-40,00	26,96	7,45	11,00-45,00	0,92	0,1	0,40**

Notas: GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; UCLA = Escala de Solidão; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; M = Média; DP= Desvio Padrão; t = Teste t para amostras emparelhadas; d = tamanho de efeito; r = Correlação de Pearson.

[†] Tamanho do efeito pequeno.

**Correlações significativas ao nível de 0,01.

Para compreender a evolução dos sintomas depressivos em termos de *presença* ou *ausência de depressão* (categorias obtidas pelos pontos de corte pela GDS) observe-se a Tabela 4. Como podemos constatar, 10,8% dos idosos *desenvolveu depressão*, o mesmo número de idosos *melhorou*, e 59,0% *manteve depressão*.

Tabela 4. Evolução dos Sintomas Depressivos em Termos de Presença ou Ausência de Depressão.

Linha Base		Depressão Momento Final	
		Ausência	Depressão
	Ausência	16 (19,3%)	9 (10,8%)
	Depressão	9 (10,8%)	49 (59,0%)

Nota: Ausência de sintomas depressivos (GDS ≤10); Depressão: inclui a presença de sintomas depressivos (GDS: 11-20) e a depressão grave (GDS ≥ 21); GDS = *Geriatric Depression Scale*.

Fatores associados à evolução da depressão

Antes de estudarmos os fatores que se associam à evolução da depressão, fomos analisar quais os fatores que se associam à *ausência/presença* de depressão no momento inicial.

Tabela 5. Fatores Demográficos Associados à Ausência/Presença de Depressão no Momento Inicial.

Fatores Demográficos		Momento Inicial		t/ χ^2	p
		Ausência (n = 25)	Depressão (GDS ≥ 11) (n = 58)		
Idade	(M ± DP)	80,52 ± 6,15	79,07 ± 6,76	0,92 ^t	0,36
Sexo	Masculino	28,0%	17,2%	1,24 χ^2	0,265
	Feminino	72,0%	82,8%		
Estado Civil	Sem Companheiro	92,0%	84,5%	0,86 χ^2	0,354
	Com companheiro	8,0%	15,5%		
Escolaridade	Sem Escolaridade	20,0%	31,0%	1,06 χ^2	0,303
	Com escolaridade	80,0%	69,0%		
Profissão	Manual	88,0%	87,9%	0,00 χ^2	0,993
	Intelectual	12,0%	12,1%		

Nota: GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; UCLA = Escala de Solidão; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; t = Teste t para amostras emparelhadas; χ^2 = Qui-Quadrado; p = nível de significância estatística.

Verificámos que somente os aspetos emocionais se relacionam com a *depressão/ausência*, (Tabela 6), no entanto, como não sabemos se os aspetos sociodemográficos têm algum papel na evolução, vamos mantê-las nas análises seguintes.

Tabela 6. *Fatores Emocionais Associados à Ausência/Presença de Depressão no Momento Inicial.*

Fatores Emocionais Iniciais	Momento Inicial			
	Ausência (n = 25)	Depressão (GDS ≥ 11) (n = 58)	t	p
GDS (M ± DP)	6,80 ± 2,40	17,40 ± 3,69	-13,17 ^t	0,00
UCLA (M ± DP)	32,60 ± 10,56	38,20 ± 10,41	-1,95 ^t	0,06
GAI (M ± DP)	5,56 ± 4,37	14,95 ± 3,78	-9,34 ^t	0,00
PANAS (-) (M ± DP)	18,79 ± 5,84	30,48 ± 8,28	-7,25 ^t	0,00
PANAS (+) (M ± DP)	29,92 ± 6,91	26,72 ± 5,83	1,99 ^t	0,05

Nota: GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; UCLA = *Escala de Solidão*; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; t = Teste t para amostras emparelhadas; p = nível de significância estatística.

Na Tabela 7 apresentamos os fatores demográficos da evolução da depressão que foi classificada em quatro categorias. Para estas análises usaram-se os resultados do teste exato obtidos pela simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições para a análise de Qui-quadrado não se verificaram (Maroco, 2011, pp. 105-107). Como podemos observar, não houve associação entre nenhuma variável sociodemográfica e a depressão, à exceção da escolaridade. Podemos observar que à medida que progredimos nas categorias da evolução da depressão a proporção de idosos com escolaridade foi diminuindo, tendo os idosos que desenvolveram depressão uma maior proporção sem escolaridade. Adicionalmente, no grupo que desenvolveu depressão, a sua idade foi mais avançada. Quando se compara com a idade dos outros três grupos o tamanho do efeito foi sempre grande ($d < 0,5$).

Tabela 7. *Fatores Demográficos Associados à Evolução da Depressão.*

Fatores Demográficos	Momento Final				F/χ ²	p
	Manteve sem Depressão (n = 16)	Melhorou (n = 10)	Manteve Depressão (n = 50)	Desenvolveu Depressão (n = 7)		
Idade (M ± DP)	79,56 ± 5,34	80,90 ± 5,63	78,72 ± 6,83	83,00 ± 8,31	1,05 ^F	0,38
Sexo feminino (%)	81,3%	60,0%	82,0%	85,7%	2,72	0,489
Sem Companheiro (%)	87,5%	100,0%	82,0%	100,0%	3,59	0,281
Sem Escolaridade (%)	18,8%	20,0%	30,0%	42,9%	1,87	0,604
Profissão manual (%)	81,3%	100,0%	88,0%	85,7%	2,08	0,621

Nota: GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; UCLA = *Escala de Solidão*; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; F = Anova; χ² = Qui-Quadrado; p = nível de significância estatística.

Como podemos verificar ainda na Tabela 8, entre os idosos que se mantiveram com depressão verificou-se significativamente mais sentimentos de solidão do que nos que

melhoraram, mas menos do que nos que desenvolveram depressão; e mais afeto negativo e menos afeto positivo do que os que se mantiveram sem depressão. Quem desenvolveu depressão teve significativamente mais sintomas de ansiedade e menos afeto positivo do que quem se manteve sem depressão.

Tabela 8. *Fatores Emocionais Associados à Evolução da Depressão.*

Fatores Emocionais Iniciais	Momento Final				F/ χ^2	p
	Manteve sem Depressão (n = 16)	Melhorou (n = 10)	Manteve Depressão (n = 50)	Desenvolveu Depressão (n = 7)		
GDS (M \pm DP)	5,94 \pm 2,50	13,40 \pm 2,63	17,74 \pm 3,99	9,00 \pm 2,08	52,37 ^F	0,00
UCLA (M \pm DP)	29,00 \pm 9,32	30,25 \pm 2,81	38,40 \pm 10,47	39,94 \pm 12,36	4,95 ^F	0,13
GAI (M \pm DP)	4,88 \pm 4,21	12,20 \pm 4,87	15,10 \pm 3,94	7,29 \pm 4,54	27,96 ^F	0,00
PANAS (-) (M \pm DP)	17,00 \pm 4,42	24,50 \pm 6,55	30,90 \pm 8,72	24,86 \pm 6,74	13,13 ^F	0,00
PANAS (+) (M \pm DP)	29,87 \pm 7,76	27,30 \pm 3,56	26,68 \pm 6,07	30,43 \pm 6,70	1,51 ^F	0,22

Nota: GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; UCLA = Escala de Solidão; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; F = Anova; χ^2 = Qui-Quadrado; p = nível de significância estatística; Comparações significativas estatísticas (p < 0,008) em análise post-hoc. GDS: Manteve sem Depressão < Melhorou; Manteve sem Depressão < Manteve Depressão; Manteve Depressão > Desenvolveu Depressão; UCLA: Melhorou < Manteve Depressão; Manteve Depressão < Desenvolveu Depressão; GAI: Manteve sem Depressão < Melhorou; Manteve sem Depressão < Manteve Depressão; PANAS (-): Manteve sem Depressão < Manteve Depressão; PANAS (+): Manteve sem Depressão > Melhorou; Manteve sem Depressão > Manteve Depressão; Manteve sem Depressão > Desenvolveu Depressão.

Finalmente, na Tabela 9 mostramos a intensidade da relação entre a evolução da depressão com a evolução dos sentimentos de solidão, sintomas ansiosos e afetos. Como podemos então verificar, os idosos que mantiveram depressão foram os que mais pioraram na solidão, nos sintomas ansiosos e nos afetos negativos (aumentou).

Tabela 9. *A Evolução dos Fatores Emocionais Associados à Evolução da Depressão.*

Fatores Emocionais	Momento Final				
	Manteve sem Depressão (n = 16)	Melhorou (n = 10)	Manteve Depressão (n = 50)	Desenvolveu Depressão (n = 7)	χ^2
UCLA pioria	6,9%	3,4%	82,8%	6,9%	15,72 ^{**}
GAI pioria	10,0%	6,7%	75,0%	8,3%	22,70 ^{***}
PANAS (-) pioria	9,0%	11,9%	71,6%	7,5%	27,78 ^{***}
PANAS (+) pioria	0,0%	12,5%	62,5%	25,0%	4,40

Nota: GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; UCLA = Escala de Solidão; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; χ^2 = Qui-Quadrado; p = nível de significância estatística.

** p < 0,01

*** p < 0,001

DISCUSSÃO

Depressão ao longo do tempo

Com este estudo pretendíamos compreender os fatores associados à depressão, porque a literatura nos mostra que a depressão é uma patologia comum e incapacitante em idosos

institucionalizados e porque, em Portugal, não existem estudos longitudinais sobre a depressão em idosos.

Quanto aos sintomas depressivos, no início do estudo, a média foi de 14,20 ($DP = 5,92$) e ao fim de dois anos, foi de 13,78 ($DP = 6,38$). Podemos dizer que desceu ligeiramente do primeiro momento para o segundo ($d = 0,1$), que há uma maior dispersão no segundo momento e que existe uma correlação significativa entre os dois momentos ($p < 0,01$). Quanto à evolução da depressão ao longo do tempo, podemos constatar que 59,0% dos idosos manteve depressão, e 10,8% dos idosos desenvolveu depressão. Os nossos resultados são similares aos do estudo de Harris e colaboradores (2006) cujo valor de aparecimento de sintomas depressivos foi de 8,4%, em dois anos com idosos consultados em clínica privada. Estas semelhanças, entre amostras diferentes de populações também diferentes, leva-nos a pensar se o desenvolvimento da depressão não decorrerá de problemas de saúde/económicos/familiares/sociais próprios desta idade. Esta dúvida talvez pudesse ser esclarecida com um estudo longitudinal controlando os aspetos de saúde/económicos/familiares/sociais. Comparando a persistência dos sintomas depressivos com os outros estudos na comunidade, verificámos que a pesquisa de Cohen e colaboradores (2009) encontrou uma persistência de 50% em três anos e a de Solhaug e equipa (2012) encontrou uma persistência de 54,4% com 11 anos de intervalo. Estes achados vão no mesmo sentido que o nosso. Uma das possíveis razões que podemos encontrar para não existirem mudanças na sintomatologia depressiva é a idade mais avançada e o declínio da saúde (Harris et al., 2006). Ora, os nossos idosos, para além de institucionalizados, têm uma idade muito avançada e têm vários problemas de saúde. O facto de os idosos terem depressão no primeiro momento é um fator para continuarem deprimidos, muito provavelmente porque os idosos não são medicados devidamente com antidepressivos e não são acompanhados nas consultas de psiquiatria ou de psicologia de forma a existir uma promoção da saúde mental (Harris et al., 2006).

Fatores associados à evolução da depressão

Não encontramos associação entre a *ausência/presença* de sintomatologia depressiva e os fatores demográficos. A ausência de associação entre a idade e a depressão no início ($t = 0,92$; $p = 0,36$), e no momento final do estudo ($F = 1,05$; $p = 0,38$), ocorreu também no estudo longitudinal de Cohen e colaboradores (2009) e no estudo transversal de Singh e Mirsa (2009), mas não no estudo longitudinal de Solhaug e colaboradores

(2012), nem nos estudos transversais de Davey e equipa (2004) e de Rothermund e Brandtstadter (2003). Em relação ao sexo e à depressão, não encontramos uma associação com a depressão no início do estudo ($\chi^2 = 0,44$; $p = 0,51$), e nem no fim ($F = 2,69$; $p = 0,44$), tal como alguns estudos (Borjesson-Hanson et al., 2011; Boorsma et al., 2012; Byrne et al., 2002; Ekinici et al., 2004). Não encontramos investigações que tenham estudado os outros fatores demográficos. Em relação aos fatores emocionais, verificámos que os idosos com depressão têm significativamente piores resultados em todas as medidas. A solidão, tal como noutros estudos (Cacioppo et al., 2006; Chlipala, 2008; Singh e Mirsa, 2009), é mais alta nos idosos com depressão, ainda que contrariamente a outras pesquisas (Blay et al., 2007; Byers et al., 2012; Mendes-Chiloff, 2006; Papadopoulos et al., 2005; Vaz, 2009) não haja associação entre o ter/não ter companheiro. Os sintomas de ansiedade foram também mais intensos entre os idosos com depressão, o que vai ao encontro da vasta literatura nesta área (Borjesson-Hanson et al., 2011; Cohen et al., 2009; Rahman, 2006). O alto afeto negativo e o afeto positivo mais baixo entre os idosos com depressão é também consoante com muitas outras pesquisas que suportam o modelo tripartido da depressão (Burns, Anstey e Windsor, 2011; Crawford, et al., 2009; Watson et al., 1988).

Quanto à *evolução da depressão*, nenhum fator demográfico se lhe associa, em oposição aos fatores emocionais. Assim, entre os idosos que se mantêm sem depressão, verificámos que, inicialmente, têm menos sintomas depressivos do que os que melhoram ou mantêm depressão; menos sintomas ansiosos dos que melhoram e dos que mantêm depressão, menos afeto negativo do que os que mantiveram depressão e mais afeto positivo do que os que mantiveram depressão e dos que desenvolveram depressão. Os idosos que *melhoraram* tiveram inicialmente menos sentimentos de solidão do que os que mantiveram depressão. Os idosos que mantiveram depressão tiveram inicialmente piores pontuações nos sintomas depressivos [resultado semelhante foi encontrado em diversas pesquisas (Cohen et al., 2009; Harris et al., 2006; Wallace e O'Hara, 1992)] e mais sentimentos de solidão do que os idosos que desenvolveram depressão. Chul-Gyu (2012) tinham também verificado que a solidão era fator de vulnerabilidade para a depressão em mulheres idosas. Sobre estes fatores, há também estudos que mostram que os sintomas ansiosos iniciais (Cohen et al., 2009; Rahman, 2006), os sentimentos de solidão e a afetividade (Benyamini et al., 2008) são fatores de risco para a depressão (Cacioppo et al., 2006; Chlipala, 2008).

Finalmente, mas ainda em relação aos fatores que se relacionam com a evolução da depressão, verificámos que houve associação entre a evolução de todos os aspetos emocionais (exceto afetos positivos) e a evolução de depressão. Mais especificamente, constatámos que os idosos que *mantiveram depressão* foram os que mais tiveram pioria nos sentimentos de solidão, nos sintomas ansiosos e no afeto negativo e positivo. A equipa de Cohen (2009) tinha também verificado esta associação com a evolução da ansiedade.

Limites

O nosso estudo tem limitações, por isso deve ser lido com precaução. Ele mede dois momentos parados no tempo, significando que não acompanhámos as mudanças da depressão que ocorreram nesse intervalo de tempo. Por isso, sugerimos que sejam monitorizados com maior regularidade para compreender mais claramente quais os fatores de manutenção e/ou desenvolvimento dos sintomas depressivos.

Outra limitação prende-se com a amostra. Esta não foi a mesma no final do estudo, por isso não podemos saber se os idosos que não foram avaliados estão clinicamente saudáveis ou se pioraram e se os nossos resultados seriam muito diferentes. No entanto, a taxa de atrito do nosso estudo não foi muito diferente de outros estudos (Chatfield, Brayne e Matthews, 2005). O principal problema a resolver prende-se com a necessidade de equipas maiores. Finalmente, outra limitação relacionável com os instrumentos. Alguns instrumentos têm o nível de linguagem de difícil compreensão principalmente para os idosos sem escolaridade.

Conclusão

Concluimos que ter depressão e/ou solidão à partida serão fatores de risco para a *persistência dos sintomas depressivos*. A pioria ao longo do tempo da solidão, de ansiedade e dos afetos positivos e negativos parecem também contribuir para a persistência dos sintomas depressivos.

Para o *desenvolvimento da depressão* será fator de risco a solidão. Face a estes resultados, consideramos que as intervenções terapêuticas grupais poderão ajudar a tratar/prevenir os sintomas depressivos ou diminuir os sentimentos de solidão. A atuação terapêutica sobre os sintomas depressivos é também essencial para evitar a sua manutenção.

Finalmente, será também essencial intervir ao nível da sintomatologia ansiosa e da afetividade.

BIBLIOGRAFIA

- Aben, I., Lodder, J., Honig, A., Lousberg, R., Boreas, A. e Verhey, F. (2006). Focal or generalized vascular brain damage and vulnerability to depression after stroke: a 1-year prospective follow-up study. *International Psychogeriatrics*, 18(01), 19. doi:10.1017/S104161020500270X.
- Baldwin, R. e Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Bassil, N., Ghandour, A. e Grossberg, G. T. (2011). How anxiety presents differently in older adults. Age-related changes, medical comorbidities alter presentation and treatment. *Current Psychiatry*, Vol. 10, Nº. 3.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., e Sobral, M. (2003). Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al. *Lisboa: Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências*.
- Blay, S. L., Andreoli, S. B., Fillenbaum, G. G. e Gastal, F. L. (2007). Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(9), 790–799.
- Benyamini, Y. e Roziner, I. (2008). The Predictive Validity of Optimism and Affectivity in a Longitudinal Study of Older Adults. *NIHPA Author Manuscripts*44(4): 853–864. doi:10.1016/j.paid.2007.10.016.
- Bogner, H. R., Morales, K. H., Reynolds, C. F., III, Cary, M. S. e Bruce, M. L. (2012). Course of depression and mortality among older primary care patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 895–903. doi:10.1097/JGP.0b013e3182331104.
- Boorsma, M., Joling, K., Dussel, M., Ribbe, M., Frijters, D. e Marwijk, H. W. J. (2012). The incidence of depression and its risk factors in Dutch nursing homes and residential care homes. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 932–942. doi:10.1097/JGP.0b013e31825d08ac.
- Börjesson-Hanson, A., Waern, M., Östling, S., Gustafson, D. e Skoog, I. (2011). One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 284–291. doi:10.1097/JGP.0b013e3181e70d09.
- Burns, R., Anstey, K., e Windsor, T. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of

- young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 240–248. Doi: 10.3109/00048674.2010.529604.
- Byers, A. L., Vittinghoff, E., Lui, L.-Y., Hoang, T., Blazer, D. G., Covinsky, K. E., et al. (2012). Twenty-year depressive trajectories among older women. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1073–1079. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.43.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, I. J., Hawkley, L. C. e Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging* Vol. 21, No. 1, 140–151. doi:10.1037/0882-7974.21.1.140.
- Carta Social. (2013). *Rede de Serviços e Equipamentos Do Distrito de Coimbra*. Acedido em 18, setembro, 2013, em http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb_distrito&cod_distrito=06&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=0&cod_valencia=0&dcf=06.
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y. e Qing-Xiu, L. (2010). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *British Geriatrics Society*, 39: 23–30. doi:10.1093.
- Chatfield, M. D., Brayne, C. E. e Matthews, F. E. (2005). A systematic literature review of attrition between waves in longitudinal studies in the elderly shows a consistent pattern of dropout between differing studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(1), 13–19. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.05.006
- Chlipala, M. L. (2008). *Longitudinal Study of Loneliness and Depression as Predictors of Health in Mid- To Later Life*. Dissertação de mestrado. University Of North, Texas.
- Chul-Gyu, K., e Seungmi, P. (2012). Gender Difference in Risk Factors for Depression in Community-dwelling Elders [Resumo]. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(1), 136–147.
- Costa, E., Barreto, S. M., Uchoa, E., Firmo, J. O. A., Lima-Costa, M. F. e Prince, M. (2007). Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambui Health Ageing Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 17–27. doi:10.1097/01.JGP.0000230659.72417.a0.
- Cohen, C. I., Goh, K. H. e Yaffee, R. A. (2009). Depression outcome among a biracial sample of depressed urban elders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 943–952. doi:10.1097/JGP.0b013e3181b970c7.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, P., Philip, I. e Mullee, M. (1995). Does the use of geriatric depression scale make redundant the need for separate measures of well-being on geriatric wards? *Age and Aging*, 24(5), 416-420.
- Crawford, J. R., Garthwaite, P. H., Lawrie, C. J., Henry, J. D., MacDonald, M. A., Sutherland, J., e Sinha, P. (2009) A convenient method of obtaining percentile norms and accompanying interval estimates for self-report mood scales (DASS, DASS-21, HADS, PANAS, and sAD). *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 163–180. Doi:10.1348/014466508X377757.
- De Jong-Gierveld, J. e Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal of Aging*, 23, 109–113.
- Davey, A, Halverson, C., Zonderman, A. e Costa, P. (2004). Change in depressive symptoms in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 59B: P270–P277.
- Ekinci, M., Tortumluoglu, G., Okanli, A., & Sergin, S. (2004). The prevalence of depression in elderly living at home in eastern Turkey. Erzurum. *International Journal of Human Sciences*, 1(1), 1-10.
- Espirito-Santo, H., Daniel, F., Lemos, L., Pena, I., Vicente, F., Silva, G. F., Costa, M., Martins, S., Fernandes, D., Cardoso, D., Ventura, L., Moitinho, S., Pinto, A. L., Rodrigues, F., Vigário, V., Caldas, L., Pascoal, V., Neves, C. S., Marques, M. (2013). *Psychometric properties of Geriatric Anxiety Inventory (GAI) in an institutionalized elderly sample*. Manuscrito em preparação.
- Espirito-Santo, H., Maia, S., Matreno, J., Fermino, S., Torres-Pena, I., Amaro, H., Lemos, L., Simões, D., Guadalupe, S., Daniel, F. (2012). Funções Executivas e Sintomas de Ansiedade: Estudo em Idosos sob Resposta Social. *Avances En Psicología Clínica*. Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade, Porto (Portugal). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra (Portugal).
- Fonseca, A. M. (2005). *O envelhecimento bem sucedido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves, A. R., Espirito-Santo, H., Matreno, J., Fermino, M., e Guadalupe, S. (2012). Declínio Cognitivo, Sintomas Ansiosos e Depressivos: Estudo em Idosos sob Resposta Social no Concelho de Coimbra. Instituto Superior Miguel Torga e Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade.

- Harris, T., Cook, D. G., Victor, C., DeWilde, S., e Beighton, C. (2006). Onset and persistence of depression in older people-results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing*, 35(1), 25–32. doi:10.1093/ageing/afi216.
- Iachina, M., Jorgensen, B., McGue, M. e Christensen, K. (2006). A longitudinal Study of Depression Symptomatology and Widowhood in Elderly Danish Twins. Research Report, *University of Southern Denmark*.
- Laureano, R. M S. (2011). *Testes de Hipóteses com SPSS – O Meu Manual de Consulta Rápida*. Lisboa: Edições Sílabo. LDA.
- Larson, M. J., Kaufman, D. A. S., Kellison, I. L., Schmalfluss, I. M. e Perlstein, W. M. (2009). Double jeopardy! The additive consequences of negative affect on performance-monitoring decrements following traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 23(4), 433–444. doi:10.1037/a0015723.
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., Schulz, R. e Reynolds, C. F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113–135.
- Li, Y. S., Meyer, J. S., e Thornby, J. (2001). Longitudinal follow - up of depressive symptoms among normal versus cognitively impaired elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 718–727.
- Lunaigh, C., e Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221.
- Maroco, J. (2011) *Análise estatística com o SPSS Statistics*, Pero Pinheiro. Report Number. 5.^a edição.
- Mast, B. T., Yochim, B. P., MacNeill, S. E., e Lichtenberg, P. A. (2004). Risk factors for geriatric depression: the importance of executive functioning within the vascular depression hypothesis. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 1290–1294.
- Mendes-Chiloff, C. (2006). *Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo de idosos internados num Hospital de Ensino*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Pachana, N., Byrne, G., Siddie, H., Koloski, N., Harley, E., e Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.

- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., e Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 350–357.
- Pocinho, M., Farate, C. e Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações*, 10(18), 65–77.
- Rahman, T. T. A., (2006). Anxiety and Depression in Lone Elderly Living at Their own Homes e Going to Geriatric Clubs Versus Those Living at Geriatric Homes or Anxiety and Depression in Lone Elderly. *Global Action on Aging* (S.V.) S/pp.rl.www.globalaction.org/health/world/.
- Richardson, T. M., Friedman, B., Podgorski, C., Knox, K., Fisher, S., Hua He, e Conwell, Y. (2012). Depression and Its Correlates Among Older Adults Accessing Aging Services. *Am J Geriatr Psychiatry*, 20(4): 346–354. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182107e50.
- Rothermund, K. e Bradtstadter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18 (4), 896-905.
- Sampson, E., Bulpitt, C., e Fletcher, A. (2010). Survival of community dwelling older people: The effect of cognitive impairment and social engagement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 985–991.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII(3), 387-404.
- Singh, A. e Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Ind Psychiatry J*. 18(1): 51–55. doi:10.4103/0972-6748.57861.
- Singh, K., e Jha, S. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 40-45.
- Solhaug, H. I., Romuld, E. B., Romild, U., e Stordal, E. (2011). Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population – the HUNT study. *International Psychogeriatrics*, 24(01), 151–158. doi:10.1017/S1041610211001141.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. e Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 1241-1249.

- Sun, F., Park, N. S., Roff, L. L., Klemmack, D. L., Parker, M., Koenig, H. G., ... Allman, R. M. (2012). Predicting the trajectories of depressive symptoms among southern community-dwelling older adults: The role of religiosity. *Aging e Mental Health*, 16(2), 189–198. doi:10.1080/13607863.2011.602959.
- Torres-Pena, I., Espirito-Santo, H., Fermino, S., Matreno, J., Lemos, L., Amaro, H., Daniel, F., Simões, D., e Guadalupe, S. (2012). O Impacto dos Sintomas Depressivos no Défice Cognitivo em Idosos Institucionalizados. *Avances En Psicología Clínica*. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra (Portugal). Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade, Porto (Portugal).
- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado*. Dissertação de Mestrado, Porto
- Wallace, J., O'Hara, M. W. (1992). Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: results from a cross-sectional and longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 101:398–404.
- Watson, D., Clark, L. A., e Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6), 1063-1070.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., e Craske, M. G. (2010). Anxiety Disorders in Older Adults: A Comprehensive Review. *Depression And Anxiety* 27: 190–211.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., e Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora.