

Introdução

Defeito Cognitivo

A evolução do estado cognitivo nos idosos foi considerada, durante algum tempo, um processo universal e cumulativo do defeito cognitivo (Calero & Navarro, 2004). Actualmente, o DSM-IV TR (2000) refere que o declínio cognitivo se relaciona com a idade, e corresponde ao funcionamento dos idosos com alterações cognitivas ligeiras que se encontram dentro dos limites normais para a idade e que não sejam atribuíveis a uma perturbação do foro psicológico. Segundo Mendes-Chiloff (2006), o defeito cognitivo relacionado com o envelhecimento é mais frequente nos homens (30,1%) do que nas mulheres (24,4%), sendo igualmente mais frequente em idosos com menor escolaridade e em idosos solteiros ou viúvos. Idosos com defeito cognitivo têm uma maior probabilidade de desenvolver Doença de Alzheimer (DA), principalmente aqueles com défice de memória episódica (Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005; Burns & Zaudig, 2002). O defeito cognitivo pode ser avaliado por vários instrumentos. Entre eles encontram-se o *Mini-Mental-State Examination* (MMSE), ou seja, o Mini-Exame do Estado Mental (Almeida & Crocco, 2000; Calero-Garcia & Navarro-González 2007; Jean, Simard, Reekum, & Clarke, 2005; Sutcliffe et al., 2007); *The General Practitioner Assessment of Cognition* (Ismail, Rajji & Shulman, 2010); o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in Elderly* (Guerreiro, 2010); o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Callahan, Hendrie, & Tierney, 1995; Chodosh, Reuben, Albert, & Seeman, 2002; Sachs-Ericsson, Joiner, Plant, & Blazer, 2005); e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). O MMSE é o instrumento mais usado em todo o mundo, e está validado para a população portuguesa (Guerreiro, 2010).

Sintomas de Depressão

O envelhecimento é cada vez mais uma realidade que a população mundial tem que enfrentar. O processo de envelhecimento implica uma adaptação a várias mudanças, associadas às alterações do envelhecimento e à faixa etária. Nem todos os idosos se adaptam a essas mudanças e a depressão é uma dessas consequências.

A depressão afecta a forma como o idoso se sente acerca de si mesmo e a forma como percebe o mundo que o rodeia, influenciando diversos aspectos da vida quotidiana como o apetite, o sono, os níveis de energia e de fadiga, as relações interpessoais, o trabalho e as actividades sociais (Alexopoulos, Katz, Reynolds, & Ross, 2001; Fernandes, 2000; Hell,

2009). Os sintomas e sinais depressivos são frequentes na população idosa, consistindo na imagem negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, bem como pensamentos involuntários negativos que giram em torno do *self* (Gotlib & Joormann, 2010; Kane, Ouslander, & Abrass, 2004). Os sintomas depressivos relacionam-se frequentemente com a demência, incluindo a doença de Alzheimer (Alexopoulos, et al., 2001; Orestes & Forlenza, 2000).

Segundo vários estudos, e associado ao envelhecimento, podem surgir patologias como a depressão que hoje em dia é considerada uma das maiores causas de sofrimento emocional e que se relaciona com sentimentos de solidão, contribuindo para reduzir ainda mais a qualidade de vida do idoso. Não obstante a sua importância, a identificação de idosos deprimidos é seja muitas vezes difícil na prática clínica (Geerlings et al., 2000; Huang, Dong, Lu, Yue, & Liu, 2010; Mead et al., 2008). O diagnóstico do transtorno depressivo em idosos exige um maior cuidado, uma vez que as queixas somáticas são frequentes no processo de envelhecimento normal, sendo que nos idosos deprimidos essas queixas são exacerbadas e associadas a altos níveis de ansiedade (Samuels et al., 2004; Trentini et al., 2005). Para Oreste e Forlenza (2000) e Pocinho (2007) o diagnóstico de depressão é particularmente difícil nos doentes idosos porque estes estão mais vulneráveis devido a factores múltiplos, tais como a redução de perspectivas sociais, declínio da sua saúde, perdas emocionais frequentes, alterações ao nível biológico, vascular, estrutural e funcional, além da disfunção neuroendócrina e neuroquímica que ocorre no cérebro durante o envelhecimento.

De acordo com vários estudos, na população envelhecida, as taxas de prevalência de depressão variam entre 1 a 16% e dos sintomas depressivos entre 21,1% e 56,1% (Copeland, 1987; Kay et al., 1985; Livingstin et al., 1990; Mendes-Chiloff, 2006; Roberts, Kaplan, Shema, & Strawbridge, 1997; Santana & Filho, 2007; Sutcliffe et al., 2007; Vera & Murphy, 1994). A depressão no idoso, tal como noutra idade, não é independente de circunstâncias diversas, assim, Barroso (2006), verificou que os níveis de depressão são mais altos em idosos institucionalizados do que em idosos que vivem nas suas residências. Outros mostram que os sintomas depressivos têm maior predomínio nas mulheres (Byrne, 2002; Vaz, 2009), em idosos com maior declínio cognitivo, com menor escolaridade e em idosos solteiros ou viúvos (Papadopoulo, et. al, 2005; Mendes-Chiloff, 2006; Vaz, 2009).

Existem vários instrumentos capazes de avaliar a depressão ou os sintomas depressivos. São eles, o *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (Story, Potter, Attix,

Welsh-Bohmer, & Steffens, 2008); o *Beck Depression Inventory* (Spitznagel, Tremont, Brown, & Gunstad, 2006); a *Hamilton Depression Rating Scale* (Jean, Simard, Reekum, & Clarke, 2005; Naismith, Longley, Scott, & Hickie, 2007); a *Hopkins Symptom Check List* (Chodosh, Kado, Seeman, & Karlamangala, 2007); o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Bassuk, Berkman, & Wypig, 1998; Sachs-Ericsson et al., 2005; Dotson, Resnick, & Zonderman, 2008); o *Diagnostic Interview Schedule* (Bruce, 2001; Fischer et al., 2002); e a *Geriatric Depression Scale* (GDS), ou seja, a Escala de Depressão Geriátrica (Cardão, 2009; Grupo de Estudo de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2007; Orestes & Forlenza, 2000; Osório, Lózar, Ramos, & Agüera, 2009; Yesavage et al., 1983). A GDS encontra-se validada para a população portuguesa e foi construída para avaliar exclusivamente a depressão em idosos, avalia sintomas afectivos e comportamentais da depressão, excluindo os sintomas somáticos e vegetativos (Cardão, 2009; Grupo de Estudo de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2007; Orestes & Forlenza, 2000; Osório, Lózar, Ramos, & Agüera, 2009; Yesavage et al., 1983). Por estas razões foi escolhido o GDS no nosso estudo.

Satisfação com a Vida

O envelhecimento acarreta, habitualmente, alterações na saúde mental e física e, dependendo do conceito que o idoso faz do envelhecimento, das suas alterações e de si, a satisfação com a vida pode diminuir (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2003, 2005; Tooth et al., 2008; Westaway, Olorunju, & Rai, 2007). A satisfação com a vida traduz a componente cognitiva da avaliação que a própria pessoa faz da sua vida (Diener, 2000) e é uma dimensão do conceito de saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1946, 1948). Para Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll e Decker (2009), a satisfação com a vida resulta do balanço entre as expectativas e desejos e a percepção do estado actual (incluindo os objectivos que se conseguiu alcançar).

A satisfação com a vida é influenciada pelo padrão de vida, saúde, realização pessoal, relações interpessoais, segurança actual e futura e integração na comunidade (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund, & Sonn, 2010; Grow, Alpass, Stephens, & Towers, 2010; Oswald, Jopp, Rott, & Wahl, 2010). Alguns estudos mostram que a satisfação com a vida é influenciada pelo género (homens idosos mais satisfeitos com vida familiar e saúde) (Daig et

al., 2009) e pela idade (a insatisfação aumenta com a idade) (Meléndez, Tomás, Oliver, & Navarro, 2009).

Defeito cognitivo, sintomas de depressão e satisfação com a vida

O defeito cognitivo, a depressão e a satisfação com a vida estão relacionados. Quanto ao defeito cognitivo e depressão, várias investigações mostram que os doentes deprimidos perdem competências cognitivas (concentração, atenção, dificuldades de memória, aprendizagem, fluência verbal funções executivas) (Ávila & Bottino, 2006; Crocco, & Loewenstein, 2010; Chodosh et al., 2007; Dotson et al., 2008; Gotlib & Joormann, 2010; Rabelo, 2009).

Quanto à satisfação com a vida e a depressão, a felicidade é um aspecto importante para se estar satisfeito com a vida (Diener, 1984), e, por contraste, a existência de sintomas depressivos é um indicador de que a qualidade de vida do idoso se tem empobrecido a par com a satisfação com a sua vida (Karttunen et al., 2010), ou é um factor que afecta a satisfação com a vida (Daig et al., 2009). De facto, há estudos que mostram que a depressão se associa a baixa satisfação com a vida, interferindo na qualidade de vida (Blazer, Burchett, Service, & George, 1991; Stella, Gobbi, Carazza, & Costa, 2002).

As investigações indicam que pode haver reversão do defeito cognitivo para a cognição normal (Palmer, Wang, Bäckman, Winblad, & Fratiglioni, 2002; Ritchie, Artero, & Touchon, 2001), sugerindo, assim, que a causa subjacente e reversível pode ser a comorbilidade neuropsiquiátrica (Palmer et al., 2010; Rosenberg, Johnston, & Lyketsos, 2006; Steffens et al., 2006). Esta indicação é importante pelas implicações que tem para o tratamento. Sabendo que o defeito cognitivo constitui um factor de risco para a demência (Mariani, Monastero, & Mecocci, 2007), reverter o defeito cognitivo, intervindo sobre a comorbilidade, constitui mais uma esperança para travar o processo demencial. A inversa, podemos supor, será verdadeira: conhecer os factores protectores do defeito cognitivo e promovê-los, pode ser uma forma complementar de reverter o defeito. Será a satisfação com a vida um desses factores?

Objectivos

Este estudo alarga a investigação precedente através de duas formas. Dada a necessidade de estudar o defeito cognitivo em Portugal e de analisar quais os factores reversíveis que contribuem para ele, vamos, primeiro, analisar o impacto dos sintomas depressivos no defeito cognitivo, prevendo que eles sejam um factor de risco para o defeito cognitivo. Em contraste, e como uma segunda extensão às investigações prévias, queremos também analisar o impacto de satisfação com a vida no defeito cognitivo, defendendo que a satisfação com a vida será um factor protector do defeito cognitivo, pelo que queremos também analisar o seu impacto no defeito cognitivo.

Assim, temos como objectivos prévios: (a) conhecer as médias das pontuações no MMSE, no GDS, no SWLS e no 15- IMT e verificar qual o seu significado, comparando com os valores determinados por estudos portugueses; (b) a prevalência dos sintomas depressivos e da satisfação; (c) averiguar a diferença nos sintomas depressivos e satisfação entre o grupo com defeito cognitivo e o grupo sem defeito cognitivo, tal como foram definidos pelo MMSE; (d) controlar o efeito das variáveis sociodemográficas que estão implicadas no defeito cognitivo, nos sintomas depressivos e na satisfação com a vida; (e) estudar a relação entre depressão e satisfação com a vida e o defeito cognitivo e saber quais os factores que contribuem para esta relação. Hipotetizamos que (1) os sintomas depressivos se correlacionem negativamente com a satisfação; (2) os sintomas depressivos se correlacionem negativamente com as pontuações do MMSE; e (3) que a satisfação se correlacione positivamente com as pontuações do MMSE.

Retomando o objectivo principal, queremos então analisar o impacto dos sintomas depressivos e da satisfação com a vida no defeito cognitivo medido através do MMSE numa amostra de idosos sob a resposta social do concelho de Coimbra. Prevemos que os sintomas depressivos aumentem o risco de defeito cognitivo e que a satisfação diminua esse mesmo risco.

Metodologia

Delineamento do Estudo

Desta investigação fez parte do coorte I de um projecto de Investigação baseado na população, o Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência. O principal objectivo do coorte I consistia no rastreio cognitivo e na avaliação multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra.

O universo de idosos incluiu 1.914 sujeitos/indivíduos/ pessoas com idades/compreendidas/ que variaram/ entre 65 e 100 anos.

Após o contacto com as instituições¹ e estabelecimento de protocolos de parcerias, a recolha de dados foi efectuada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano do 1º ciclo e estudantes do 1º ano do 2º ciclo de psicologia)² supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior.

Cada idoso voluntário, depois de ter dado consentimento³, era avaliado com uma bateria de testes dividida em duas sessões e administrada por dois estudantes separadamente. Na 1ª sessão eram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS pelo aluno do 3º ano, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada pelo estudante do 1º ano e demorando cerca de 60 minutos, incluía o MOCA, a Figura Complexa de Rey, três testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-item e Teste do troco e do dinheiro.

Ambas as sessões eram acompanhadas por um mestrando que monitorizava e apoiava a administração por forma a corrigir eventuais erros.

Iniciámos as avaliações em Novembro de 2010, em Junho de 2011, a taxa de recolha era de 30,5%, com 583 idosos avaliados.

¹ As instituições foram contactadas, inicialmente, por carta com descrição detalhada do estudo.

² Estes estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos testes.

³ Ou alguém responsável pelo o idoso.

Amostra

A nossa amostra total era constituída por 583 participantes, em que 127 (21,5%) eram homens e 382 (65,5%) mulheres. Excluimos quarenta e dois sujeitos por terem idade inferior a 65 anos; setenta e oito idosos excluimos por não lhes ter sido aplicado o GDS. Finalmente, para as comparações por grupos, retirámos 85 idosos, 60 (10,5%) por não lhes ter sido aplicado até ao momento o MMSE, 15 (2,6%) recusaram-se a responder, três (0,5%) devido a problema comportamental/cognitivo, um (0,2%) devido a problema físico seis (1,0%) devido a outros problemas.

A amostra final ficou constituída por 378 idosos, subdividida em dois grupos constituídos por idosos com defeito cognitivo ($n = 132$; 34,9%) e idosos sem efeito cognitivo ($n = 246$; 65,1%). As duas subamostras foram determinadas a partir dos pontos de corte estabelecidos para o MMSE. A proporção de idosos sem defeito cognitivo foi diferente significativamente quando comparado com o valor teórico esperado ($\chi^2 = 34,388$; $p < 0,001$).

No Rey 15 Item, um total de 169 idosos não respondeu (devido a múltiplas razões: erro do avaliador; recusa verbal; problema comportamental ou cognitivo; problema físico; ou outro problema), perfazendo um total de 209 idosos avaliados com este instrumento.

Os sujeitos foram classificados em categorias de acordo com as variáveis sociodemográficas (Quadro 1). Os idosos tinham uma idade média de 80,17 anos ($DP = 6,67$), uma idade mínima de 65 anos e uma idade máxima de 100 anos (refira-se que dez dos idosos não souberam responder as suas idades).

Quadro 1- Caracterização Sociodemográfica da Amostra dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra.

	Total (N = 378)		Com Defeito (n = 132)		Sem Defeito (n = 246)		U/ χ^2	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	80,17	6,67	79,71	6,43	80,89	7,28	1,58	0,115
	N	%	N	%	n	%		
Género							1,08	0,300
Masculino	89	23,5	27	20,5	62	25,2		
Feminino	289	76,5	105	79,5	184	74,8		
Estado Civil							4,91	0,178
Solteiro(a)	47	12,4	18	13,6	29	11,8		
Casado(a)	74	19,6	28	21,2	46	18,7		
Divorciado(a)/separado(a)	26	6,9	4	3,0	22	8,9		
Viúvo(a)	231	61,1	82	62,1	149	60,2		
Escolaridade							2,37	0,306
Analfabeto(a)	176	46,6	56	42,4	120	48,8		
≤ 4 anos	149	39,4	59	44,7	90	36,6		
>4 anos	53	14,0	17	12,4	36	14,6		
Resposta Social							2,07	0,151
Centro de Dia	272	72,0	89	64,4	183	74,4		
Lar de Idosos	106	28,0	43	32,6	63	25,6		
Com quem vive							3,27	0,195
Família	111	29,4	40	47,1	71	73,0		
Outros	47	12,4	20	23,5	27	16,6		
Sozinho	90	23,8	25	29,4	65	39,9		
Não respondeu	130	34,4	47	35,6	83	33,7		
Quem visita							4,21	0,122
Família	172	45,5	69	77,5	103	68,2		
Outros	19	5,0	8	9,0	11	7,3		
Ninguém	49	13,0	12	13,5	37	24,5		
Não Respondeu	138	36,5	43	32,6	95	38,6		
Cuidador Informal							0,17	0,917
Família	194	51,3	67	70,5	127	68,6		
Outros	66	17,5	21	22,1	45	43,6		
Ninguém	20	5,3	7	6,8	13	7,0		
Não Respondeu	98	25,9	37	28,0	61	24,8		

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; p = nível de significância; t = Teste t de Student; χ^2 = Teste Qui-Quadrado

A distribuição dos idosos pelas categorias das variáveis sociodemográficas não era uniforme pelo que as recodificámos em duas categorias para proceder a algumas análises. Fizemos assim para a idade e criámos também dois grupos a partir da mediana e o mesmo para o estado civil e para a escolaridade (Quadro 2).

Quadro 2 – *Caracterização da Amostra dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (N = 378), com a Variável Escolaridade e Idade Recodificada em duas Categorias, pelo Grupo Com Defeito Cognitivo (n = 132) e Sem Defeito Cognitivo (n = 246).*

	Total		Com defeito		Sem defeito		χ^2	p
	N	%	N	%	n	%		
Idade								
≤ 80	191	50,5	67	17,7	124	32,8	0,0	0,95
≥ 81	187	49,5	65	17,2	122	32,3		
Estado civil								
Com companheiro	74	19,6	28	7,4	46	12,2	3,9	0,534
Sem companheiro	304	80,4	103	27,3	200	53,1		
Escolaridade								
Sem instrução	176	46,6	56	14,8	120	31,7	1,40	0,24
Com instrução	202	53,4	76	20,1	126	33,3		

Verificámos não haver associação entre as categorias de idade [$\chi^2 (1, n = 378) = 0,00, p > 0,05; \Phi = -0,003$], de estado-civil [$\chi^2 (1, n = 378) = 3,9, p > 0,05; \Phi = 0,032$] e de escolaridade [$\chi^2 (1, n = 378) = 1,40, p > 0,05; \Phi = 0,061$] e os grupos com e sem defeito cognitivo.

Instrumentos

Mini Mental State Examination (MMSE)

Este instrumento foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh em 1975, tendo por objectivo diferenciar doentes neurológicos de doentes psiquiátricos (Lobo et al., 2002). Está adaptado à população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão e Garcia (1994). O MMSE é um instrumento de breve aplicação (demora cerca de 10 a 15 minutos) e de fácil administração e cotação (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006). O MMSE é dos instrumentos de avaliação breve da demência mais utilizado, uma vez que é um teste que pode ser “aplicado à cabeceira do doente” (Shulman & Feinstein, 2003). O MMSE é constituído por uma série de perguntas e tarefas que se agrupam em onze categorias:

orientação temporal, orientação espacial, retenção, atenção/controlo mental, evocação, nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e habilidade construtiva (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). A pontuação máxima é de 30 pontos que aparecem distribuídos pelos diferentes domínios da seguinte forma: orientação espacial e temporal (10 pontos), retenção (3 pontos), atenção/controlo mental (5 pontos), evocação de 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) capacidade construtiva (1 ponto) (Grupos de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 2007). O MMSE só deverá ser aplicado a pessoas com idade superior a 40 anos, sendo o ponto de corte para declínio cognitivo menor ou igual a 15 para analfabetos; menor ou igual a 22 se o sujeito tiver entre um e onze anos de escolaridade; e menor ou igual a 27 se tiver mais de doze anos de escolaridade (Grupos de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 2008). A idade e o nível de escolaridade estão associados com as pontuações do MMSE. As pontuações do MMSE são menores para os grupos de maior idade e com menos anos de escolaridade (Crum, Anthony, Bassett, & Folstein, 1992); o género tem pouco impacto nos resultados finais (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006). No que diz respeito às limitações, o MMSE não permite obter informação detalhada acerca das funções nervosas superiores. Nos casos de demência, o MMSE pode apenas fornecer fundamento para uma avaliação neuropsicológica mais detalhada das capacidades cognitivas (Guerreiro, 2010).

Escala Geriátrica de Depressão (*Geriatric Depression Scale - GDS*)

Para se avaliar a depressão geriátrica, foi utilizado a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*) desenvolvida por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer, em 1983. É a única escala de depressão desenvolvida única e exclusivamente para administração a idosos. Existem três versões desta mesma escala, de 15 itens (Sheikh & Yesavage, 1986), de 5 itens (Hoyl et al., 1999) e de 30 itens (a utilizada neste estudo). Nesta versão de 30 itens, cada item é pontuado por 0 ou 1, sendo que a pontuação total varia entre 0 e 30. Por cada resposta afirmativa nos itens 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 e 28 atribui-se 1 ponto. Por sua vez, por cada resposta negativa nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se igualmente 1 ponto. Todas as questões são referentes à última semana vivida pelo idoso (Baldwin & Wild, 2004). Diferentes estudos epidemiológicos efectuados demonstram a sua validade ($\alpha = 0,94$) e fidedignidade ($\kappa = 0,94$) (Coleman, Philip, & Mullee, 1995). Em Portugal a GDS foi adaptada, seguindo-se as indicações dos autores da escala, com os pontos

de corte da escala original, cotando-se os resultados como normal de 0 a 10 pontos, como depressão ligeira entre 11 a 20 pontos e depressão grave entre 21 a 30 pontos (Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003). A validação foi realizada por Pocinho, Farate e Amaral Dias (2009), tendo uma consistência interna $\alpha = 0,91$ e fidedignidade de $\kappa = 0,91$. No nosso estudo, usámos o ponto de corte 11, definido por estes autores, sendo que de 0 a 10 não existem sintomas depressivos e de 11 a 30 existem sintomas depressivos. O nosso estudo apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,73$).

Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale - SWLS*)

A escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale - SWLS*) foi elaborado e validado por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), e pretende avaliar o bem estar subjectivo, isto é, a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a vida (Simões, 1992). O instrumento é composto por 5 itens com 7 respostas possíveis (1 – discordo muito; 2 – discordo; 3- discordo um pouco; 4 – não concordo nem discordo; 5 – concordo um pouco; 6 – concordo; 7 – concordo muito). O estudo de validação contou com 176 alunos da universidade de Illinois tendo obtido uma pontuação média de 23,0 valores e um desvio padrão de 6,43. Demonstrou uma boa consistência interna (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87). O teste-reteste teve um intervalo de dois meses entre cada aplicação, demonstrando uma boa fidedignidade (0,82). Para comprovar a validade convergente foi comparado com diversos testes, demonstrando uma forte correlação com a maioria dos testes (entre 0,32 e 0,75), só não comprovou uma correlação significativa com o *Affect Intensity Measure* (0,09). Realizou-se um estudo, desta vez com a população geriátrica, contando com 53 pessoas, com uma média de idade de 75 anos. Este estudo demonstrou uma boa validade interna, com coeficiente alfa de 0,69 e uma boa validade convergente, correlacionando-se positivamente com *Life Satisfaction Index* (0,48) (Adams, 1969) e com a entrevista de dois entrevistadores treinados que avaliaram a satisfação de vida desses indivíduos (0,73) (Diener et al., 1985).

A primeira validação feita para a população portuguesa foi realizada por Neto, Barros e Barros (1990), contou com uma amostra de 308 professores do ensino básico e secundário. Obteve um Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,78 e apresentou vários índices de validade, nomeadamente correlações significativas com a eficácia pessoal do ensino, aceitação/rejeição

pessoal, auto-eficácia, auto-conceito total, maturidade psicológica e ansiedade social (Neto, Barros, & Barros, 1990).

Em 1992, Simões, realizou uma ulterior validação do instrumento, pretendendo alargá-lo ao resto da população. Este estudo contou com 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação de Coimbra e 130 adultos de diferentes idades, profissões e classes sociais. A média de idade da amostra foi de 40,89 anos. O autor reformulou o instrumento reduzindo o número de respostas dos sete itens para cinco itens (1- discordo muito; 2- discordo um pouco; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo um pouco; 5 – concordo muito). Obteve uma boa consistência interna (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,77) e uma boa validade convergente, demonstrando correlação positiva com uma medida diária da satisfação com a vida, uma versão do teste da escada de Cantril (1965) e um teste de felicidade e com a vertente afectiva do bem-estar subjectivo. Também demonstrou uma boa validade preditiva, correlacionando-se positivamente com tarefa de recordação diferencial, baseando-se no pressuposto de que os indivíduos com maior satisfação com a vida tenderão a recordar mais eventos positivos que negativos (Simões, 1992).

Rey-15 Item Test

O *Rey-15 Item Test* (Rey, 1964; Simões et al., 2010) é um teste que avalia a simulação dos indivíduos. A simulação é definida como uma produção intencional de sintomas físicos e psicológicos falsos ou exagerados, motivados por incentivos externos como evitar a obrigação militar, evitar o trabalho, obter compensações monetárias e evadir-se de acusações criminais ou adquirir narcóticos (DSM-IV-TR; APA, 2002). Este teste é composto por duas páginas: evocação e reconhecimento. A página da evocação é composta por 15 itens (letras, números e símbolos) organizados em três colunas com cinco linhas cada uma. Ao ser administrada é explicado ao indivíduo que se vai mostrar um conjunto de itens durante 10 segundos para que possa memorizá-los e para que seguidamente possa reproduzi-los de forma imediata numa folha de papel branca assim que é retirada a folha de estímulo (Martin, 2002). A página do reconhecimento contém os 15 itens da página de estimulação original, intercalados com mais 15 itens semelhantes. Relativamente a esta, a tarefa solicitada é reconhecer, dos 30 itens apresentados, os 15 originais (Boone et al., 2002). A particularidade deste teste é, que é apresentado como uma tarefa de difícil realização, quando na verdade se trata de uma tarefa muito simples (Boone et al., 2002; Simões et al., 2010). O *Rey-15 Item*

Test assenta numa base estratégica para a detecção da simulação, partindo da assunção que o simulador ingénuo vai ser enganado e exagerar a sua tarefa, escolhendo uma execução pobre para uma tarefa simples (Boone et al., 2002). Os pontos de corte representativos e indicados mais comumente pela literatura dizem respeito a menor que nove para o ensaio de evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento. Os autores da validação portuguesa indicam uma redução do ponto de corte para seis ou menos na medição da evocação em amostras de idosos com declínio (Simões et al., 2010). O resultado combinado do reconhecimento é igual ao número de itens correctamente evocados + (número de itens correctamente reconhecidos – número de falsos positivos) (Simões et al., 2010).

Análise Estatística

Para a análise dos resultados do estudo foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0 para Windows Vista SPSS, Inc., 2011.

Na caracterização da amostra foi efectuada a estatística descritiva, com cálculo das médias e desvios-padrão.

Realizámos testes paramétricos, visto que a nossa amostra tem uma dimensão superior a 30, apesar das pontuações totais não apresentarem uma distribuição normal, nem no GDS (Curtose = -0,7; Simetria = -0,16; $KS = 0,09$; $p < 0,001$), nem no MMSE (Curtose = 0,43; Simetria = -0,15; $KS = 0,10$; $p < 0,001$) e nem no SWLS (Curtose = 0,95; Simetria = -0,25; $KS = 0,09$; $p < 0,001$).

Através do qui-quadrado da aderência, analisámos se as proporções de idosos com e sem com e sem defeito cognitivo, com e sem sintomas depressivos e satisfeitos *versus* insatisfeitos eram diferentes.

Fizemos a comparação entre dois grupos de idosos (com defeito e sem defeito), através das pontuações médias dos sintomas depressivos, do defeito cognitivo, da satisfação com a vida e da simulação. Para o efeito usamos o *t* de Student para duas amostras independentes. Comparámos também as proporções de idosos com e sem sintomas depressivos e satisfeitos vs. insatisfeitos entre os grupos (com defeito e sem defeito) por meio do Qui-quadrado da independência de Pearson.

Utilizámos o teste *t* de Student para testar a influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis de critério.

Usámos o r de Pearson para medir a intensidade das relações das variáveis em estudo. Procedemos, ainda, ao cálculo das correlações parciais, eliminando a influência de variáveis sociodemográficas. Considerámos a tipologia de Pestana e Gageiro (2008) para as correlações: baixas entre 0,20 e 0,39, moderadas entre 0,40 a 0,69 e altas entre 0,70 e 0,89 considera-se correlação alta. Para determinação do efeito das variáveis sociodemográficas nas eventuais correlações, calculámos o valor de q , convertendo os valores de r em valores z segundo a metodologia de Cohen (1988).

Usámos a análise da regressão logística⁴ para prever o valor das nossas variáveis de critério a partir do conjunto de variáveis de predição. Para efectuar este procedimento estatístico tivemos de categorizar a variável *defeito cognitivo*, que era contínua, em duas classes, usando os pontos de corte indicados pelo estudo de validação português. Recategorizámos também a variável *sintomas depressivos* e *satisfação com a vida*, igualmente contínuas em duas classes, a primeira através do ponto de corte 11 e a segunda por meio da média somada ao desvio-padrão. A regressão logística foi efectuada em duas etapas. Na primeira, incluímos as variáveis de predição que mostraram associação significativa com o defeito cognitivo. Na segunda, ajustámos o modelo para as variáveis sociodemográficas que mostraram ter efeito no defeito cognitivo. A significância estatística foi definida com um valor de $p < 0,05$; o valor de p exigido para a significância depois da correcção de Bonferroni para as comparações múltiplas entre as categorias das variáveis sociodemográficas foi de 0,017 (três comparações).

Resultados

Estudo 1. Análise descritiva das pontuações e suas diferenças entre grupos

A média das pontuações no MMSE entre os idosos com analfabetismo é de 18,08 ($n = 176$; $DP = 5,53$), sendo significativamente superior ao ponto de corte da validação portuguesa ($t = 7,05$; $p = < 0,001$); entre os idosos com escolaridade ≤ 4 anos a média é de 23,14 ($n = 149$; $DP = 5,23$), sendo significativamente superior ($t = 4,38$; $p < 0,001$); finalmente, os idosos com escolaridade acima de quatro anos a média é de 24,23 ($n = 53$; $DP = 6,21$) é

⁴ A distribuição das pontuações e dos resíduos do GDS e do MMSE não eram normais, pelo que tivemos que recorrer à regressão logística, ao invés da regressão linear. A análise de regressão logística é usada quando a variável de critério é nominal (dicotómica) e as variáveis de predição são métricas ou dicotómicas. Este tipo de regressão não exige os pressupostos da normalidade, nem da linearidade e nem de homocedasticidade (Pallant, 2007).

inferior ($t = 1,86$; $p > 0,05$). No GDS, a média foi de 13,87 ($DP = 6,21$). A média observada no SWLS foi de 16,37 ($DP = 5,48$). Relativamente à *Evocação* no Rey-15 Item (15-IMT), comparando com o ponto de corte ajustado pelo o estudo português (Simões et al., 2010), para este tipo de população, verificámos que a diferença não é significativa ($t = 0,45$; $p = 0,133$). Em relação ao *Índice Combinado* (Simões et al., 2010), a pontuação na nossa amostra não pôde ser comparada com o ponto de corte indicado pelo estudo português pois seria necessário ajustarmos os pontos de corte para um valor mais reduzido e adequado a idosos com problemas cognitivos e com demência provável e os autores não o fizeram (Quadro 3).

Quadro 3 - Diferenças das Pontuações Médias na Amostra com Defeito Cognitivo ($n = 132$) e na Amostra sem Defeito Cognitivo ($n = 246$) no total do Mini Mental State Examination (MMSE), no total do Geriatric Depression Scale (GDS), no total do Satisfaction with Life Scale (SWLS) e no Rey 15 Item Evocação e Índice Combinado.

	Total		Com defeito		Sem defeito		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>N</i> = 378		<i>n</i> = 132		<i>n</i> = 246			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MMSE	20,94	6,13	15,33	5,22	23,95	4,13	17,58	0,000
GDS	13,87	6,21	14,55	6,15	13,51	6,23	1,56	0,119
SWLS	16,37	5,48	16,32	5,23	16,39	5,61	0,14	0,892
Rey-15								
Evocação	6,43	5,47	4,65	4,11	7,26	5,81	3,20	0,002
Combinado	11,09	7,89	7,56	6,97	12,73	7,78	4,50	0,000

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância; MMSE = Mini Mental State Examination; GDS = Geriatric Depression Scale; SWLS = Satisfaction with Life Scale; *t* Test t de Student usado na comparação de 2 grupos.

A) Grupo com Defeito cognitivo e Grupo Sem defeito Cognitivo

Entre os idosos da nossa amostra, a maioria (67,5%) têm sintomas depressivos, tal como foi definido pelo ponto de corte do estudo da validação portuguesa ($\chi^2 = 46,10$; $p < 0,001$), e está insatisfeita (79,6%; $\chi^2 = 132,74$; $p < 0,001$).

No Quadro 3 podemos observar as médias e os desvios-padrão dos instrumentos utilizados na nossa amostra e as diferenças entre as pontuações médias dos dois grupos de idosos. Assim, os dois grupos distinguem-se de forma significativa, nos sintomas depressivos, mas já não se diferenciam na satisfação com a vida. Os grupos distinguiram-se significativamente nos índices do 15-IMT, tendo o grupo sem defeito cognitivo maior pontuação ($p < 0,01$). Comparando as pontuações médias do Rey-15-evocação com o valor

sugerido pela validação portuguesa, ambos os grupos apresentam pontuações superiores de forma significativa, sugerindo que não simulam.

Verificamos, assim, que não há associação entre a satisfação com a vida e o defeito cognitivo, mas já se verifica uma relação entre os sintomas depressivos e o defeito cognitivo [$\chi^2 (1, n = 378) = 4,25; p < 0,05; \Phi = 0,106$] (o tamanho do efeito Φ foi pequeno).

Quisemos ainda verificar se não havia diferenças entre os grupos ao nível das variáveis de critério, testando as diferenças entre proporções (Quadro 4).

Quadro 4 - Proporções de Idosos Com e Sem Sintomas Depressivos (GDS) e Satisfeitos versus Insatisfeitos (SWLS) pelos Grupos Com e Sem Defeito.

	Total (N = 378)		Com defeito (n = 142)		Sem defeito (n = 246)		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%		
GDS								
Sem sintomas depressivos	123	32,5	34	9,0	89	23,5	4,25	0,039
Com sintomas depressivos	255	67,5	98	25,9	157	41,5		
SWLS								
Insatisfeito	301	79,6	109	28,8	192	50,8	1,09	0,298
Satisfeito	77	20,4	23	6,1	54	14,3		

B) Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

Quando comparados por idade, os idosos foram semelhantes em todas as medidas (Quadro 5).

Quadro 5 - Diferenças das Pontuações Médias entre Duas Categorias de Idade na Satisfação com a Vida (SWLS) e nos Sintomas Depressivos (GDS).

	Idade				t	P
	≤ 80		≥ 81			
	M	DP	M	DP		
MMSE	21,17	6,41	21,61	6,50	0,74	0,459
SWLS	16,36	5,46	16,39	5,51	0,05	0,959
GDS	13,74	6,55	14,01	5,86	0,41	0,683

Quando comparados por sexo, os indivíduos foram semelhantes no nível de defeito cognitivo e na satisfação com a vida. Quanto às pontuações no GDS, houve diferença significativa em relação ao sexo, com as mulheres a apresentar média mais alta ($p < 0,05$) (Quadro 6).

Quadro 6 - *Diferenças das Pontuações Médias entre Homens e Mulheres idosos na Satisfação com a Vida (SWLS) e nos Sintomas Depressivos (GDS).*

	Género				<i>t</i>	<i>P</i>
	Masculino		Feminino			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MMSE	20,73	6,00	21,61	6,50	1,18	0,238
SWLS	17,08	5,41	16,15	5,49	1,40	0,163
GDS	12,81	5,71	14,20	6,33	1,85	0,065

Os idosos não se distinguem, em nenhuma das medidas, consoante o seu estado civil (Quadro 7).

Quadro 7 - *Diferenças das Pontuações Médias da Satisfação com a Vida (SWLS) e nos Sintomas Depressivos (GDS) em Idosos com Diferentes Estados-Civis.*

	Estado civil				<i>t</i>	<i>P</i>
	Sem companheiro		Com companheiro			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MMSE	20,82	5,93	21,42	6,92	0,76	0,449
SWLS	16,27	5,48	16,85	5,48	0,82	0,414
GDS	14,10	6,05	12,86	6,78	0,13	0,127

Os idosos sem instrução têm significativamente mais defeito cognitivo e sintomas depressivos do que os idosos com instrução (Quadro 8).

Quadro 8 - *Diferenças das Pontuações Médias da Característica Sociodemográfica Escolaridade na Satisfação com a Vida (SWLS) e nos Sintomas Depressivos (GDS).*

	Escolaridade				<i>t</i>	<i>P</i>
	Sem Instrução		Com Instrução			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MMSE	18,08	5,53	23,43	5,51	9,39	0,000
SWLS	16,02	5,52	16,68	5,44	1,17	0,242
GDS	14,92	6,04	12,96	6,23	3,10	0,002

Estudo 2. Relação entre Sintomas Depressivos, Satisfação com a Vida e Defeito Cognitivo

No Quadro 9 apresentámos as correlações de *r* de Pearson entre o defeito cognitivo, os sintomas depressivos e a satisfação com a vida. Podemos observar que existem correlações altas e negativas entre a satisfação com a vida e os sintomas depressivos; e correlações negativas e muito baixas entre os sintomas depressivos e o defeito cognitivo. De seguida removemos o efeito da variável sociodemográfica que mostrou ter influência no defeito cognitivo (escolaridade). As correlações baixaram (Quadro 10), mas o efeito foi pequeno ($q < 10,7\%$).

Quadro 9 - *Correlações entre o Defeito Cognitivo (MMSE), os Sintomas Depressivos (GDS) e a Satisfação com a Vida (SWLS).*

	MMSE	GDS	SWLS
MMSE	1	-0,16**	0,03
GDS		1	-0,52**
SWLS			1

** $p < 0,001$

Quadro 10 - *Correlações entre o Defeito Cognitivo (MMSE), os Sintomas Depressivos (GDS) e a Satisfação com a Vida (SWLS), Removendo o Efeito da Escolaridade.*

	MMSE	GDS	SWLS
MMSE	1	-0,10*	0,01
GDS		1	-0,51**
SWLS			1

** $p < 0,001$

Estudo 3. Impacto das variáveis preditoras no Defeito Cognitivo

Iniciámos a análise de regressão logística com a única variável que mostrou relação com o defeito cognitivo, e que foram os sintomas depressivos, mas sem controlar o papel das variáveis sociodemográficas (análise não - ajustada). Estando acautelados os pressupostos do tamanho da amostra⁵ acima de 58 ($N = 358$) e da ausência de valores extremos⁶ (Pallant, 2007), o modelo da regressão logística para avaliar o impacto dos sintomas depressivos na probabilidade dos idosos terem defeito cognitivo, mostrou-se estatisticamente significativo ($\chi^2 = 4,34; p < 0,05$). O modelo no global explicou entre 1,1% (R^2 de Cox e Snell) e os 1,6% (R^2 de Nagelkerke) da variância no defeito cognitivo e classificou correctamente 65,1% dos casos. Tal como é mostrado no Quadro 11, a presença de sintomas depressivos contribui significativamente para o modelo ($OR = 1,63$), com os idosos com sintomas depressivos a terem 1,63 vezes mais probabilidade de sofrer de defeito cognitivo, ou de falhar na avaliação do defeito cognitivo medido pelo MMSE, do que os que não têm sintomas. O modelo conseguiu distinguir entre idosos com defeito cognitivo dos que não têm defeito cognitivo.

⁵ Usámos a fórmula indicada por Tabachnick e Fidell (2007, p. 123) que tem em consideração o número de variáveis preditoras $50 + 8 \times m$; em que $m = n^\circ$ de variáveis preditoras.

⁶ O pressuposto da multicolinearidade não se colocou, pois só tínhamos uma variável independente.

Quadro 11 – Regressão Logística Preditiva de ter Defeito Cognitivo ($N = 378$).

Variável	Modelo	β	EP	Wald χ^2	Gl	p	OR	IC 95%
GDS	1	0,49	0,24	421	1	0,040	1,63	1,02-2,61
	2	0,54	0,24	4,92	1	0,026	1,71	1,07-2,75

Notas: Coeficiente β = peso matemático de cada variável no modelo de regressão; EP = Erro estimado do peso matemático; χ^2 de Wald = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = nível de significância; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalos de confiança de 95% dos Odds Ratio. GDS = *Geriatric Depression Inventory*. Pontuações dicotomizadas pela média + DP. Modelo 1 = não ajustado. Modelo 2 = ajustado para a variável escolaridade.

No segundo modelo, ajustado para a variável sociodemográfica escolaridade, e assegurados os mesmo pressupostos⁷, incluímos à variável escolaridade no primeiro bloco e a variável sintomas depressivos no segundo bloco. Este modelo continuou a revelar-se significativo ($\chi^2 = 6,49$, $gl = 2$; $p < 0,05$), explicando entre 1,7% (R^2 de Cox e Snell) e os 2,3 (R^2 de Nagelkerke) e classificamos correctamente 65,1% dos idosos. Os sintomas depressivos continuaram a contribuir significativamente para o modelo, tendo os idosos com sintomas depressivos 1,71 vezes mais probabilidade de sofrer defeito cognitivo ($p < 0,05$) (Quadro 11).

Discussão/Conclusão

Queríamos analisar o impacto dos sintomas depressivos e de satisfação com a vida no defeito cognitivo, prevendo que a depressão aumentaria o risco de sofrer de defeito cognitivo e que a satisfação com a vida diminuiria esse risco. Os nossos resultados deram um contributo interessante para a sua resposta.

Antes de responder à questão, verificámos um conjunto de aspectos que considerámos importantes para a compreensão do estado dos idosos sob resposta social do concelho de Coimbra.

⁷ O tamanho da amostra continua a ser superior ao valor sugerido por Tabachnick e Fidell (2007, p. 123) é de $50 + 8 \times 2$ (são duas variáveis predictoras). Não existe multicolinearidade entre os sintomas depressivos e a escolaridade ($VIF = 1,02 < 10$ e Tolerancia = $0,98 > 0,1$).

Estudo 1. Análise descritiva das pontuações e suas diferenças entre grupos

Relativamente ao **defeito cognitivo**, avaliado pelo MMSE, encontramos uma média de 20,94 ($DP = 6,13$), mostrando que é ligeiramente superior às médias obtidas em dois estudos norte-americanos, um estudo de Wilkins e equipa (2007), que revelou uma média de 19,1 ($DP = 7,74$), e o outro de Guerrero-Berroa e colaboradores (2009), que encontrou uma média de 19,0 ($DP = 4,27$). Estes resultados podem ser explicados pelo facto de a maioria dos nossos idosos não estar institucionalizada ou não ter tantos casos com demência, ao contrário dos autores acima referidos. No entanto, quando recodificamos as pontuações do MMSE em “com defeito” e “sem defeito” verificamos que 34,9% da nossa amostra apresenta defeito cognitivo, sendo este valor aproximado aos de dois estudos brasileiros que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação e que encontraram uma prevalência de 29% e 36,5% (Mendes-Chiloff, 2006; Machado, Ribeiro, Cotta, & Leal, 2011). Ainda assim, nós contestamos este resultado à luz de um estudo da nossa equipa feito com outro instrumento, o MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*), que mostrou que 82,7% dos idosos tem declínio cognitivo (Gonçalves, 2011). Um motivo explicativo deste resultado oposto poderá ser o facto do MMSE apresentar pouca sensibilidade na detecção do defeito cognitivo (Guerreiro, 2010; Smith et al., 2007), ou seja, tender a subestimar o defeito cognitivo. Um estudo de metanálise, que incluiu 34 estudos confirmou, de facto, que o MMSE apresenta uma precisão diagnóstica baixa, especialmente em populações que não sejam da comunidade geral e dos cuidados primários. A este propósito, Mitchell (2009) sugere que o MMSE seja combinado com outros métodos ou mesmo substituído por outros instrumentos.

No que diz respeito aos **sintomas depressivos**, medidos através do GDS, obtivemos uma média de 13,87 ($DP = 6,44$); esta média obtida é superior a outra investigação realizada em Portugal ($M = 9,6$) (Pocinho et al., 2009), revelando, assim, que os idosos do nosso estudo se encontram com mais sintomas depressivos do que na investigação portuguesa descrita em cima. No entanto, no estudo destes investigadores, os idosos foram recrutados entre a comunidade em geral. Outro estudo realizado em Espanha, por Mondrego e Ferrández (2010), utilizando o GDS, encontrou uma média de 12,2 ($DP = 5,5$), neste estudo, a amostra era composta por idosos institucionalizados residindo em clínicas psiquiátricas e noutras unidades especializadas. Se os valores médios na pontuação do GDS são suportados por outros estudos, também o mesmo acontece com os nossos valores percentuais. Para saber quantos idosos têm sintomas depressivos, usámos o ponto de corte indicado pelo estudo

realizado em Portugal (Pocinho et al., 2009), e encontramos uma frequência alta, com a maioria dos nossos idosos a ter sintomas depressivos (67,5%). Ainda que não tenhamos diagnóstico de depressão, é consensualmente aceite que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum na população idosa (Blazer, Hughes, & George, 1987; Silvestre, Kalache, Ramos, & Veras 1996). No que diz respeito à prevalência da depressão na população idosa, as estimativas variam consoante a definição de depressão aplicada, o método de avaliação e a amostra da população estudada. No entanto, todos os estudos que consultámos encontraram valores inferiores aos nossos. Assim, Beekman e colaboradores (1999) estimaram uma prevalência de 12 a 15% para todos os síndromes depressivos; Seck e equipa (2005), verificaram uma prevalência da depressão de 23%. Em especial, Mendes-Chiloff (2006) e Santana & Filho (2007), no Brasil, Sutcliffe e colaboradores (2007), em Inglaterra, encontraram respectivamente 21,1%, 56,1% e 38% para os sintomas depressivos. A explicação para os nossos altos valores de sintomas depressivos pode estar no facto de os idosos estarem institucionalizados e essa situação acarretar várias alterações, tais como, mudanças no seu dia-a-dia, perda de autonomia, adaptação a novas rotinas da instituição, divisão do seu espaço com outros idosos, e perda de privacidade (Cravello, Palmer, Girolamo, Caltagirone, & Spallett, 2010). Existe também o facto de perderem a vida activa, deixando de poder tomar decisões (Cardão, 2009; Porcu et al., 2002).

No que diz respeito à **satisfação com a vida**, medida através do SWLS, foi possível apurar na nossa amostra uma média de 16,37 ($DP = 5,48$), valor que é inferior ao obtido no estudo de Diener e colaboradores (1985; $M = 23,0$; $DP = 6,43$), mas é superior ao estudo português de Simões (1992) cuja média é de 14,95 ($DP =$ não indicado) nos sujeitos de “meia idade” (sic). É curioso este resultado, sabendo nós que as condições em que estes idosos se encontram poderiam contribuir para uma menor satisfação. Segundo George (2010), os idosos vivem esta etapa de vida cheia de adversidade o que pode afectar o ânimo, o bem-estar, a saúde e a autonomia. Mais, estes idosos estão sob resposta social, participando muito pouco na vida da instituição, dado o poder absoluto da instituição sobre todos os aspectos de vida em conjunto (Jacob, 2008; Oliveira, Gomes, & Oliveira, 2006; Rahman, 2006); têm uma idade avançada (Gwozdz & Sousa-Poza, 2009); a maioria é viúva (Mastekaasa, 1994; Shapiro & Keyes, 2008); está privada ou perdeu a autonomia e o poder económico; tem falta de saúde; perdeu diversificação nas actividades (Calixto & Martins, 2010; George, 2010; Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007; Neto, 1999) e tem baixa escolarização

(John & Montgomery, 2010; Joia, Ruiz, & Donalizio, 2007). Ora todos estes aspectos, tem sido provado, contribuem para a diminuição da satisfação com a vida. O nosso resultado pode não ser assim tão alto como pensávamos, pois não sabemos quem são os sujeitos de “meia-idade” indicados pelo Simões (1992), nem quais as suas características sociodemográficas. Ou seja, não podemos dizer com segurança, se os nossos idosos estão ou não insatisfeitos com base nas médias. De facto, quando categorizamos os idosos em “satisfeitos” e “não satisfeitos” com base na nossa média, verificamos que a maioria dos idosos está insatisfeita ($n = 301$; 79,6%), o que já faz sentido com as características da nossa amostra.

A) Grupo com Defeito cognitivo e Grupo Sem defeito Cognitivo

Quisemos depois verificar se havia diferenças nas pontuações médias dos **sintomas depressivos** e na **satisfação com a vida** entre o grupo com defeito cognitivo e o grupo sem defeito cognitivo e constatamos que não há diferenças significativas.

No entanto, quando testámos as proporções de idosos com e sem sintomas depressivos e satisfeitos *versus* insatisfeitos, já verificámos uma associação. Quanto aos **sintomas depressivos**, o nosso estudo revela que tanto os idosos com defeito cognitivo como os idosos sem defeito cognitivo se encontram com sintomatologia depressiva, mas a nível de percentagens observamos que os idosos com sintomas depressivos são mais frequentes de forma significativa entre os que não têm defeito cognitivo (41,5%), do que os que têm defeito cognitivo (25,9%). O defeito cognitivo e os sintomas depressivos estão relacionados, e este resultado é comprovado por outros estudos encontrados na literatura (Amieva et al., 2008; Bassuk et al., 1998; Chodosh et al., 2007; Dotson et al., 2008; Jean et al., 2005; Reischies & Neu, 2000; Sachs-Ericsson et al., 2005; Spitznagel et al., 2006), no entanto na literatura também encontramos estudos que revelam não existir associação entre o defeito cognitivo e os sintomas depressivos (Ganguli et al., 2006; Gotlib & Joormann, 2010). Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os idosos mais deprimidos apresentarem mais queixas ao nível da memória, concentração, atenção, aprendizagem, fluência verbal e funções executivas (Ávila & Bottino, 2006; Castaneda, 2010; Crocco, Castro, & Loewenstein, 2010; Colins & Abeles, 1996; Chodosh et al., 2007; Diefenbach & Goethe, 2006; Dotson et al., 2008; Mendes-Chiloff, 2006; Gotlib & Joormann, 2010; Rabelo, 2009; Karttunen, et al., 2010; Zandi, 2004). Em particular, Sinoff e Werner (2003) verificaram que a perda de memória é um problema resultante do desenvolvimento da depressão, sendo preditor do defeito

cognitivo. Segundo Snowdon (2002) e Mendes-Chiloff (2006) esta associação entre os sintomas depressivos e o defeito cognitivo é comum em idosos institucionalizados, até devido à perda de autonomia nas actividades básicas da vida diária do idoso.

Quanto à **satisfação com a vida**, os idosos que se apresentam insatisfeitos são mais frequentes entre os que não tem defeito cognitivo (50,8%), do que os que têm defeito cognitivo (28,8%). Nos idosos satisfeitos com a vida, 14,3% não tinham defeito cognitivo e 6,1% tinham defeito cognitivo. Estas diferenças não foram, no entanto significativas. Sabendo nós que quanto maior a idade maior o declínio cognitivo (Callhan, 1995; Mendes-Chiloff, 2006; Snowdon, 2002), então esta ausência de diferença significativa pode ser compreendida com base na idade média dos nossos sujeitos que é muito alta e, conseqüentemente num maior defeito cognitivo daquilo que Gwozdz e Sousa-Pouza (2009) e Baird, Lucas e Donnellan (2010) verificaram. O não haver diferenças significativas na satisfação com a vida entre os dois grupos pode também ser interpretado à luz do conhecimento de que a **satisfação com a vida** tende a declinar respectivamente, a partir dos 85 anos ou dos 70 anos (Gwozdz & Sousa-Pouza, 2009; Baird, Lucas, & Donnellan, 2010), ou seja se a maioria dos nossos idosos está insatisfeita e tem defeito cognitivo então não é de surpreender que não haja diferenças significativas. Outra explicação para estes resultados advirá do facto de a maioria ter uma baixa escolaridade que se associa, por seu turno, quer ao defeito cognitivo (Mendes-Chiloff, 2006), quer a menor satisfação com a vida (Jonh & Montgomery, 2010; Joia et al., 2007). Outra explicação ainda poderá advir do estado civil da maioria dos nossos idosos, tal como já tínhamos referido acima (Mastekaasa, 1994; Shapiro & Keyes, 2008).

B) Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

De seguida quisemos controlar o efeito das **variáveis sociodemográficas** (idade, género, estado civil e escolaridade) implicadas no **defeito cognitivo** e detectámos que a escolaridade tem influência, tendo os idosos sem instrução pior desempenho no MMSE. Mendes-Chiloff (2006) e Snowdon (2002) tinham também verificado que o defeito cognitivo era influenciado pela escolaridade, mas também pela idade, aspecto que não verificamos. De modo semelhante ao nosso, Machado, Ribeiro, Leal e Cotta (2007, 2011) e Rabelo (2009) mostraram que somente a escolaridade afecta o funcionamento cognitivo. No entanto Callhan (1995) e Mendes-Chiloff (2006) referem que o defeito cognitivo também é influenciado pela

idade. Faz sentido que a escolaridade seja um factor de protecção contra o defeito cognitivo (Machado, Ribeiro, Leal, & Cotta, 2007; Rabelo, 2009), mas também poderíamos esperar que a idade influenciasse o funcionamento cognitivo. As explicações que encontramos para este estranho resultado é o fraco poder discriminativo do MMSE em populações desta natureza, e alguma particularidade cultural da nossa amostra, pois somente investigações portuguesas referem tal ausência de associação entre defeito cognitivo (medido pelo MMSE) e a idade.

Ainda dentro deste objectivo de controlar o efeito das **variáveis sociodemográficas**, mas agora sobre os **sintomas depressivos**, constatámos que a escolaridade tem também influência sobre os sintomas depressivos, tendo os idosos sem instrução pior pontuação no GDS. Um estudo confirma o nosso resultado, afirmando que os sintomas depressivos estão significativamente relacionados com a escolaridade, sendo a prevalência desta sintomatologia tanto maior quanto menor for o nível de escolaridade (Mendes-Chiloff, 2006). Em contraste, Santana e Filho (2007) mostraram que a escolaridade não influencia os sintomas depressivos, mas que a idade influencia. E ainda, um estudo com idosos mexicanos com baixa escolaridade demonstrou que a escolaridade tem uma fraca associação com a depressão (Black & Markides, 1999). Esta relação entre idade e sintomas depressivos tem-se mostrado, no entanto, inconsistente (Mendes-Chiloff, 2006; Snowden, 2002). Os nossos resultados podem dever-se ao facto da baixa escolaridade, e provável analfabetismo secundário, constituir um obstáculo na compreensão do instrumento utilizado (GDS), este tem uma linguagem pouco acessível para esta faixa etária, e as questões tiveram muitas vezes que ser reformuladas, podendo ter enviesado os nossos resultados. Seria importante, para um estudo futuro, a adaptação da linguagem deste instrumento.

Finalmente, e ainda dentro do mesmo objectivo, as variáveis sociodemográficas não têm impacto na satisfação com a vida. No entanto, tal como referíamos acima, deveríamos esperar que os idosos mais velhos (Gwozdz & Sousa-Pouza, 2009), viúvos (Mastekaasa, 1994; Shapiro & Keyes, 2008) e os que têm escolaridade mais baixa (Jonh & Montgomery, 2010; Joia, et al., 2007) estivessem insatisfeitos. A explicação que encontramos referimo-la também em cima, todos estes idosos estão sob resposta social, participam pouco na vida institucional, perderam autonomia e diversidade de tarefas (Calixto & Martins, 2010; George, 2010; Jacob, 2008; Joia et al., 2007; Neto, 1999; Oliveira et al., 2006; Rahman, 2006).

Estudo 2. Relação entre Sintomas Depressivos, Satisfação com a Vida e Defeito Cognitivo

Por fim quisemos estudar e analisar a relação entre as variáveis depressão e satisfação com a vida e o defeito cognitivo e saber quais as variáveis sociodemográficas que contribuíram para esta relação. Comprovámos a hipótese de que os sintomas depressivos se correlacionam negativamente com a satisfação com a vida, de onde decorre que os idosos com mais sintomas depressivos são os que tendem a estar mais insatisfeitos. Este aspecto é corroborado por estudos que comprovam que a depressão tem um grande impacto na qualidade de vida dos idosos, e consequentemente na satisfação com a vida (Schrag, 2006; Schrag, Hovris, Morley, Quinn, & Jahanshahi, 2006).

Comprovámos também a hipótese de que os sintomas depressivos se correlacionam negativamente com as pontuações do MMSE. O que significa que os idosos com mais sintomas depressivos tendem a ter mais defeito cognitivo (pontuações mais baixas no MMSE), tal como já tínhamos discutido em cima.

Estudo 3. Impacto das variáveis preditoras no Defeito Cognitivo

Finalmente, prevíamos que os sintomas depressivos aumentariam o risco de defeito cognitivo e que a satisfação diminuiria esse mesmo risco. Confirmámos que os sintomas depressivos aumentam o risco de sofrer de defeito cognitivo. Um idoso com sintomas depressivos tem 1,6 vezes mais probabilidade de ter defeito cognitivo de que um idoso sem esse problema. Em relação à satisfação com a vida, não o sabemos pois esta variável não mostra relação com o defeito cognitivo.

Se os idosos com sintomas depressivos têm um risco acrescido de ter defeito cognitivo, então o tratamento desses sintomas é primordial para reverter o defeito cognitivo e diminuir a probabilidade de um idoso demenciar. E, inversamente, intervir no defeito para evitar os sintomas depressivos. Para esse efeito, o GDS parece ser um instrumento útil na detecção de sintomas ansiosos e o MMSE um exame de detecção de defeito cognitivo.

O nosso estudo apresentou algumas limitações que temos de elencar. O facto de não sabermos há quanto tempo os idosos estão institucionalizados constitui uma dessas limitações. Esta informação iria contribuir para analisarmos de forma mais correcta os nossos resultados, pois o tempo de institucionalização mostra-se uma influência muito grande na forma como os idosos se apresentam, pois a institucionalização para muitos deles é uma

limitação (intelectual, cognitiva, espacial, entre outras), o que os leva muitas vezes a sentirem-se desmotivados e com sintomas depressivos, e o facto de não serem estimulados cognitivamente contribui para o aumento do defeito cognitivo. Uma outra limitação com que nos deparamos foi o facto da maior parte das questões do GDS não se adequarem aos nossos idosos, pelo que a maior parte das questões tiveram de ser reformuladas, para que os idosos as pudessem perceber. Outro problema ainda diz respeito à avaliação do defeito cognitivo. Considerando o que acima discutimos sobre o MMSE, concluímos que o mais indicado será avaliar os idosos sob resposta social com o MoCA. Outra limitação foi o facto deste ser um estudo transversal e, assim, não podemos verificar as relações causais entre os sintomas depressivos e o defeito cognitivo. No entanto, e uma vez que se pretende dar continuidade a este projecto de investigação, este é um tema que se poderá desenvolver no futuro e assim verificar o efeito ocorrido nos idosos, e consequentemente enriquecer o nosso conhecimento acerca deste tema. Futuramente, também seria de muito interesse realizar um estudo com idosos que não se encontrem sob resposta social e assim comparar com o actual estudo.

A sociedade portuguesa está muito envelhecida, pelo que são muito relevantes os estudos que envolvam idosos para depois se desenvolverem estratégias para lhes melhorar a qualidade de vida.

Concluindo, e considerando os mesmos resultados, consideramos imperativo que sejam implementados formas de avaliação e de intervenção na depressão e no declínio cognitivo. É também essencial, que o ambiente onde o idoso resida seja adaptado, de modo a que este mantenha a máxima autonomia e a mínima dependência possível, e de modo a contribuir para uma maior satisfação com a vida.

Referências Bibliográficas

- Adams, D. L. (1969). Analysis of a life satisfaction index. *Journal of Gerontology*, 24, 470-474.
- Airaksinen, E. (2006). *Cognitive functions in depression and anxiety disorders : findings for a population-based study*. Dissertação de mestrado não publicada, Karolinska Institutet, Estocolmo.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Alexopoulos, G. S., (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Reynolds, C. F., Carpenter, D., & Docherty, J. P.(2001). The expert consensus guideline series. pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgraduate medicine*, 1-86.
- Almeida, O., & Crocco, E. (2000). Perception of cognitive deficits and behavior disorders in patients with Alzheimer's disease. *Arquivo Neuropsiquiátrico*, 58(2), 292-299.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amieva, H., Le Goff, M., Milet, X., Orgogozo, J., Pérès, k., Barberger- Gateau, P., ... Dartigue, J. (2008). Prodromal alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. *American Neurological Association*, 64, 492-498.doi: 10.1002/ ana.21509
- Ávila, R., & Bottino, C. M. C. B. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 316-320.
- Baird, B., Lucas, R., & Donnellan, M. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99, 183–203. doi: 10.1007/s11205-010-9584-9
- Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & 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.

- Barroso, V. (2006). Orfãos geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Acedido em, 15, Junho, 2011, em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0091&area=d5&subarea=
- Bassuk, S., Berkman, L., & Wypij, D. (1998). Depressive symptomatology and incident cognitive decline in an elderly community sample. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1073-1081.
- Beckman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C., & van Tilburg. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of affective disorders*, 36 (1-2), 65-75.
- Black, S. A., & Markides, K. S. (1999). Depressive symptoms and mortality in older Mexican Americans. *Annals of epidemiology*, 9 (1), 45-52.
- Blazer, D., Hughes, D. C., & George, L. K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist*, 27, 281-287.
- Blazer, D., Burchett, B., Service, C., & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *The Journal of Gerontology*, 46(6), 210-215. doi: 10.1093/geronj/46.6.M210
- Boone, K.B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey-15- Item Recognition Trial: A Technique to Enhance Sensitivity of the Rey-15 item Memorization Test. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(5) 561-573.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life. *American Journal for Geriatric Psychiatry*, 9(2),102-112.
- Burns, A. & Zaudig, M. (2002). Mild cognitive impairment in older people. *Lancet*, 360, 1963–1965.
- Burns, R., & Anstey, K. (2010). 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*. (Early online).
- Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 74-80.
- Calero, M., & Navarro, E. (2004). Increased risk of falling in older communitydwelling women with mild cognitive impairment. *Archives of Neuropsychology*, 19, 653-660.

- Calero-Garcia, M., & Navarro-González, E. (2007). Effectiveness of a memory training programme in the maintenance of status in elderly people with and without cognitive decline. *Psychology in Spain, 11*(1), 106-112.
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). *Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Callahan, C. M., Hendrie, H. C., & Tierney, W. M. (1995). Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *American College of Physicians, 122*, 422-429.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Decline of cognitive capacity during aging. *Revista Brasileira Psiquiatria, 2*(1), 779-82.
- Castaneda, A. E. (2010). *Cognitive Functioning in Young Adults with Depression, Anxiety Disorders, or Burnout Symptoms Findings from a Population-based Sample*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Helsínquia, Helsínquia.
- Chodosh, J., Reuben, D.B., Albert, M.S., & Seeman, T.E. (2002). Predicting cognitive impairment in high-functioning community-dwelling older persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*, 1051–1060.
- Chodosh, J., Kado, D. M., Seeman, T. E., & Karlamangla, A. S. (2007). Depressive symptoms as a predictor of cognitive decline: macarthur studies of successful aging. *American Journal for Geriatric Psychiatry, 15*(5), 406- 415.
- Coleman, P., Philip, I., & 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.
- Collins, M., & Abeles, N. (1996). Subjective memory complaints and depression in the able elderly. *The Journal of Aging and Mental Health, 16* (4), 29-54.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis* (2ª Ed., pp. 111, 125). New Jersey: Psychology Press.
- Copeland, JR. (1987). Prevalence of depressive illness in the elderly community. *The Journal of the Royal College of General Practitioners. Occasional Paper, 36*, 5-7.

- Cravello L., Palmer K., de Girolamo G., Caltagirone C. & Spalletta, G. (2010). Neuropsychiatric symptoms and syndromes in institutionalized elderly people without dementia. *International Psychogeriatrics*, 23(3), 425-434.
- Crocco, E. A., & Loewenstein, D. A. (2010). How late life depression affects cognition: neural mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 12, 34-38.
- Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S.S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *The Journal of the American Medical Association*, 269(18), 2386-2391.
- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality of Life Research*, 18, 669–678.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542-75.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, ED., Emmons, R. A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diefenbach, G. J., & Goethe, J. (2006). Clinical interventions for late-life anxious depression. *Clinical Interventions in Aging*, 1, 41-50.
- Dotson, V. M., Resnick, S. M., & Zonderman, A. B. (2008). Differential association of concurrent, baseline, and average depressive symptoms with cognitive decline in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), 318-330.
- Eklund, M., Backstrom, M., Lissner, L., Bjorkelund, C., & Sonn, U. (2010). Daily activities mediate the relationship between personality and quality of life in middle-aged women. *Quality of Life Research*, 19, 1477–1486.
- Fernandes, P. (2000). A depressão no idoso. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fichter, M. M., Bruce, M. L., Meller, H. I .S., & Merikangas, K. (1995). Cognitive impairment and depression in the oldest old in a German and in U.S. communities. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience Arch Psychiatry*, 245, 319-325.
- Fichter, M. M., Meller, I., Schröppel, H., & Steinkirchner, R. (1995). Dementia and cognitive Impairment in the Oldest Old in the Community. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 166, 621-629.

- Fichter, M. M., Schröppel, H., & Meller, I. (1996). Incidence of dementia in a Munich community sample of the oldest old. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience Arch Psychiatry*, *246*, 320-328.
- Fischer, L. R., Wei, F., Rolnick, S. J., Jackson, J. M., Rush, W. A., Garrard, J. M., ... Luepke, L. J. (2002). Geriatric depression, antidepressant treatment, and healthcare utilization in a health maintenance organization. *American Geriatrics Society*, *50*(2), 307-312.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh P. R. (1975). "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198.
- Forlenza, O., V. (2000). Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*(2), 87-95. doi: 10.1590/S1516-44462000000200010
- Ganguli, M., Du, Y., Dodge H. H., Ratcliff, G. G., & Chang C. H. (2006). Depressive symptoms and cognitive decline in late life. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 153-160.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., ... Franco, A. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*, *7*, 111-121.
- Geerlings, M. I., Schmand, B., Braam, A. W., Jonker C., Bouter, L. M., & van Tilburg, W. (2000). Depressive symptoms and risk of Alzheimer's disease in more highly educated older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, *48*(9), 1092-1097.
- George, L. K. (2010). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 331-339.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 285-312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
- Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., & Towers, A. (2010). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality of Life Research*, *20*(3), 407-413.
- Gonçalves, A. R. M. (2011). *Declínio Cognitivo, Sintomas Ansiosos e Depressivos: Estudo em Idosos Sob Resposta Social no Concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, GEECD. (2007). *Escala e testes na demência* (2ª ed.). Lisboa: Novartis.

- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M. A., Leitão, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.
- Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M. A., Dahlman, K., Grossman, H. T., Haroutunian, V., & Beeri, M. S. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(12), 1429-37.
- Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: Na Analysis for Germany. IZA Discussion Paper, 4053, 1-37.
- Hammar, A., & Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression-a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3(26), 1-7. doi:10.3389/neuro
- Hell, D. (2009). *Depressão - que sentido faz? Uma abordagem integrativa* (1.ª ed.). Lisboa: Sete Caminhos.
- Hoyl, M.T, Alessi, C.A., Harker, J.O., Josephson, K. R., Pietruszka, F.M., Koelfgen, ... Rubenstein, L.Z. (1999) Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47 (7), 873-878.
- Huang, C. Q., Dong, B. R., Lu, Z. C., Yue, J. R., & Liu, Q. X. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*. 9(2), 131-41.
- Ismail, Z., Rajji, T. K., & Shulman, K. I. (2010). Brief cognitive screening instruments: an update. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 111-120.
- Jacob, L. (2008). *Animação de idosos*. Lisboa: Ambar.
- Jean, L., Simard, M., Reekum, R., & Clarke, D. E. (2005). Differential cognitive impairment in subjects with geriatric depression who will develop alzheimer ' s disease and other dementias: a retrospective study. *International Psychogeriatrics*, 17(2), 289-301. doi:10.1017/S1041610205001511
- John, P., & Montgomery, P. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M.R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 131-138.

- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (2004). *Essentials of clinical geriatrics* (pp. 147). New York: McGraw-Hill Companies.
- Karttunen, K., Karppi, P., Hiltunen, A., Vanhanen, M., Valimaki, T., Martikainen, J., ..., Pirttila, T. (2010). Neuropsychiatric symptoms and Quality of Life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(5), 473–482.
- Kaufers, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., Lopez, O. L., & DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neuroscience*, *12*(2), 233-9.
- Kay, D. W. K., Henderson, A. S., Scott, R., Wilson, J., Rickwood, D., & Grayson, D. A. (1985). Dementia and depression among the elderly living in the hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychological Medecine, 5*, 771-788.
- Livingston, G., Hawkins, A., Graham, N., Blizard, B., & Mann, A. (1990). The gospel oak study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychological medicine, 20*(1), 137-146.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales A. F., Fernando, P. L., Montañés, J. A., & Aznar, S. (1999). Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first spanish version of the mini-mental status examination) in the general geriatric population. *Medecina Clínica, 112*(20), 767-774.
- Machado, J. C., Ribeiro, R. L., Leal, P. G., & Cotta, R. M. (2007). Avaliação de declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 10*(4), 592-605.
- Machado, J. C., Ribeiro, R. L., Leal, P. G., & Cotta, R. M. (2011). Declínio cognitivo de idosos e sua associação com factores epidemiológicos em Viçosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 14*(1), 109-121.
- Mariani, E., Monastero, R., & Mecocci, P. (2007). Mild cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Alzheimers Disease, 12*, 23-35.
- Mastekaasa, A. (1994). Psychological well-being and marital dissolution: Selection effects?. *Journal of Family Issues, 15*, 208–229.
- Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C. A., McMurdo, M., & Lawlor, D. A. (2008). Exercise for depression. *Cochrane database of systematic reviews, 4*. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub3

- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 291–295.
- Mendes-Chiloff, C. L. (2006). Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo de idosos internados num hospital de ensino. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Mitchell, A. J. (2009). A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 43(4), 411–431. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.04.014
- Mondrego, P. J., & Ferrández, J. (2004). Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of alzheimer type. *Archives of Neurology*, 61, 1290-1293.
- Montgomery, S.A. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Naismith, S. L., Longley, W. A., Scott, E. M., & Hickie, I. A. (2007). Disability in major depression related to self rated and objectively-measured cognitive deficits: a preliminary study. *Biomed Central Psychiatry*, 7(32), 1-7. doi: 10.1186/1471-244X-7-32
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Neto, F., Barros, A., e Barros, J. (1990). Atribuição de responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11(1), 47-54.
- Neto, F., Barros, J., e Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. Em L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano, e J. Marques (Eds.), *A acção educativa: Análise psico-social*, 91-100. Leiria: ESEL./APPORT.
- Oliveira, D., Gomes, I., & Oliveira, R. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista Saúde Pública*, 40 (4), 734-736.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- Osorio, R., Lózar, B. G., Ramos, I., & Agüera, L. (2009). Executive function in patients with late onset depression. *Actas Espanolas Psiquiatria*, 37(4), 196-199.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, W. (2010). Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction? *The Gerontologist*, 10, 1093-1106.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual* (3ª ed.). Open University Press: New York.

- Palmer, K., Di Julio, F., Varsi, A. E., Gianni, W., Sancesario, G., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2010). Neuropsychiatric predictors of progression from amnesic mild cognitive impairment to alzheimer' s disease: the role of depression and apathy. *Journal of Alzheimer' s Disease*, *20*, 175-183. doi:10.3233/JAD-2010-1352
- Palmer, K., Wang, H. X., Bäckman, L., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002) Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons: results from the Kungsholmen Project. *The American journal of psychiatry*, *159*, 436-442.
- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., ... Lyketsos, C. (2005). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 350–357.
- Paterniti, S., Verdier-Taillefer, M. H., Dufouil, C., & Alépérovitch, A. (2002). Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 406-410.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European psychologist* , *8*(3), 160-167.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, *256*, 183 194.
- Petersen, R. C. (2005). Mild cognitive impairment: where are we?. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *19*(3), 166-169.
- Petersen, R. C. (2010). Clinical trials for early (pre-dementia) alzheimer ' s disease: a case for mild cognitive impairmnet. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *14* (4), 304-305.
- Pfennig, A., Littmann, E., & Bauer, M. (2007). Neurocognitive impairment and dementia in mood disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *19*(4), 373-382.
- Pocinho, M. T. S. (2007). *Factores socioculturais, depressão e suicídio no idoso alentejano*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the geriatric depression scale (GDS) for portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, *32*(2), 223-236. doi: 10.1080/07317110802678680

- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., ... Faiola, R. V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Universidade Estadual de Maringá*, 23(3), 713-717.
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento cognitivo leve em Idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79.
- Rahman, T. T.A. (s.d.) Anxiety and depression in Lone elderly Living at their own homes & Going to Geriatric clubs Versus Those Living at Geriatric Homes. Acedido em, 10, Maio, 2011, em <http://www.globalaging.org/health/world/2006/egyptelderly.pdf>
- Reischies, F. M., & Neu, P. (2000). Comorbidity of mild cognitive disorder and depression-a neuropsychological analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 186-193.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ritchie, K., Artero, S., & Touchon, J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. *Neurology*, 56, 37-42.
- Robbins, T. W., Elliott, R., & Sahakian, B. J. (1996). Neuropsychology-dementia and effective disorders. *British Medical Bulletin*, 52(3), 627-643.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk of depression? *The American journal of psychiatry*, 154(10), 1384-1390.
- Rosenberg, P. B., Johnston, D., & Lyketsos, C. G. (2006). A clinical approach to mild cognitive impairment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1884-1890.
- Sachs-Ericsson, N., Joiner, T., Plant, A., & Blazer, D. G. (2005). The influence of depression on cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), 402-408.
- Santana, A., & Filho, J. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 1(31), 134-146.
- Scharg, A. (2006). A quality of life and depression in parkinson's disease. *Journal Neurological Science*, 248 (1-2), 151-157.
- Schrag, A., Hovris, A., Morley D., Quinn N., & Jahanshahi M. (2006) "Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability," *Parkinsonism and Related Disorders*, 12(1), 35-41.

- Seck, M., Diouf, I., Acouetey, L., Wade, K. A., Thiam, M., & Diatta, B. (2007). Profile of patients admitted for myocardial infarction at the emergency reception facility of Principal Hospital in Dakar, Senegal. *Médecine tropicale: revue du corps de santé colonial*, 67(6), 569-572.
- Shapiro, A., & Keyes, C. (2008). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Social Indicators Research*, 88, 329–346. doi: 10.1007/s11205-007-9194-3
- Shulman, K., & Feinstein, A. (2003). *Quick Cognitive Screening for Clinicians*. London: Martin Dunitz.
- Silvestre, J., Kalache, A., Ramos, L. R., & Veras, R. P. (1998). Population ageing in Brazil and the health care sector. *Bold: Quarterly Journal of The International Institute of Ageing*, 7, 4-12.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI (3), 503-515.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o rey 15-item memory test (15 IMT): estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1(28), 209-226.
- Simons, C. J. P., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., Jolles, J., Os, J., & Krabbendam. (2009). Cognition as predictor of current and follow-up depressive symptoms in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 45-52. doi:10.1111/j. 1600-0447.2008.01339.x
- Smith, T., Gildeh, N., & Holmes, C. (2007). The montreal cognitive assessment: validity and utility in a memory clinic setting. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 329-332.
- Snowdon, J. (2002). Qual é a prevalência de depressão na terceira idade?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 42-47.
- Spitznagel, M. B., Tremont, G., Brown, L. B., & Gunstad, J. (2006). Cognitive reserve and the relationship between depressive symptoms and awareness of deficits in dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18, 186-190.
- Steffens, D. C., Otey, E., Alexopoulos, G. S., Butters, M. A., Cuthbert, B., Ganguli, M., Geda, Y. E., ... Yesavage, J. (2006). Perspectives on depression, mild cognitive impairment, and cognitive decline. *Archives of General Psychiatry*, 63, 130-138.

- Samuels, S., Brickman, A., Burd, J., Purohit, D., Qureshi, P., & Serby, M. (2004). Depression in autopsy-confirmed dementia with lewy bodies and Alzheimer's disease. *Mount Sinai Journal Medicine*, 71(1), 55-62.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5 (1/2), 165-173.
- Sinoff, G., & Werner P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959. doi: 10.1002/gps.1004
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da actividade física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Stewart, R. (2004). Depression symptoms and cognitive decline-disentangling the effect of affect. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(5).
- Story, T. J., Potter, G. G., Attix, D. K., Welsh-Bohmer, K. A., & Steffens, D. C. (2008). Neurocognitive correlates of response to treatment in late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 752-759. doi:10.1097/JGP.0b013e31817e739a
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., Spreen, O. (2006). *A Compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. NY. Oxford University Press.
- Sutcliffe, C., Burns, A., Challis, D., Mozley, C. G., Cordingley, L., Bagley, H., & Huxley, P. (2007). Depressive mood, cognitive impairment, and survival in older people admitted to care homes in England. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 708-715.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, 5th Edition. Boston: Allyn and Bacon.
- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N.J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.
- Tooth, L., Russell, A., Lucke, J., Byrne, G., Lee, C., Wilson, A., & Dobson, A. (2008). Impact of cognitive and physical impairment on carer burden. *Quality of Life Research*, 17, 267-273.
- Trentini, C., Xavier, F., Chachamovich, E., Rocha, N., Hiraka, V., & Fleck, M. (2005). The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (2), 119-123.

- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado - Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Veras, R. P., & Murphy, E. (1994). The mental health of older people in rio de janeiro. *International journal of geriatric psychiatry*, 9(4), 285-295. doi: 10.1002/gps.930090405
- Walsh, N. D., Seal, M. L., Williams, S. C. R., & Mehta, M. A. (2009). An investigation for cognitive "branching" processes in major depression. *Biomed Central Psychiatry*, 9(69), 1-9. doi:10.1186/1471-244X-9-69
- Westaway, M. S., Olorunju, S. A., & Rai, L., C. (2007). Which personal quality of life domains affect the happiness of older south africans? *Quality of life research*, 16(8), 1425-38. doi: 10.1007/s11136-007-9245-x
- World Health Organization [WHO] (1946, 1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. Nova Iorque: WHO.
- Wilkins, C. H., Wilkins, K. L., Meisel, M., Depke, M., Williams, J., & Edwards, D. F. (2007). Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *Journal of the American geriatrics Society*, 55(11), 1771-1776.
- Wilson, R. S., Leon, C. F. M., Bennett, D. A., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2004). Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75, 126-129.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zandi, T. (2004). Relationship between subjective memory complaints, objective memory performance, and depression among older adults. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19 (6), 353-360. doi: 10.1177/153331750401900610