

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
Escola Superior de Altos Estudos

**DECLÍNIO COGNITIVO, SINTOMAS ANSIOSOS E
DEPRESSIVOS: ESTUDO EM IDOSOS SOB RESPOSTA
SOCIAL NO CONCELHO DE COIMBRA**



ANA RITA BRANCO MIGUEL GONÇALVES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra

2011



Escola Superior de Altos Estudos

Declínio Cognitivo, Sintomas Ansiosos e Depressivos: Estudo em Idosos sob Resposta Social no Concelho de Coimbra

Ana Rita Branco Miguel Gonçalves

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em

Psicoterapia Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Luísa Rolim

Co-Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Agradecimentos

Neste momento tão importante a nível pessoal, não poderia deixar de agradecer a um conjunto de pessoas que tornaram este sonho possível.

Aos meus pais, Cristina e Carlos, agradeço do fundo do coração tudo o que fizeram por mim, tudo o que sou devo a eles. Ao meu namorado, Bruno, obrigada pela paciência e pelo apoio incondicional.

Aos meus avós, Lucília e António Branco e Esperança e António Gonçalves, faço uma singela homenagem incluindo as suas fotografias na capa deste trabalho. A vocês fica aqui o meu Muito Obrigada por tudo.

O meu grande agradecimento à minha Orientadora Professora Doutora Luísa Rolim pelo apoio e pelos ensinamentos que me proporcionou. Não poderia deixar de agradecer à minha Co-Orientadora Professora Doutora Helena Espírito-Santo pela sua imensa paciência, pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos e, principalmente, pela sua Amizade. Sem a sua ajuda, nada teria sido possível. Obrigada por tudo...

Um Muito Obrigada a todos os que partilharam comigo esta experiência, principalmente à Diana Carvalho e à Joana Matreno, pelas horas que passámos juntas a percorrer este caminho, de onde nasceu uma Amizade que jamais esquecerei. Sem vocês teria sido muito mais difícil.

A todos os meus amigos que me apoiaram nesta fase, obrigada a vocês por estarem sempre presentes.

A todas as instituições que possibilitaram este estudo e, principalmente, a todos os idosos que amavelmente aceitaram dar-nos a sua preciosa contribuição, o meu sincero obrigada.

A todos, um Muito Obrigada!

Resumo

O nosso estudo teve como objectivo verificar se existe relação entre sintomas ansiosos, sintomas depressivos e declínio cognitivo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra. Nesta análise iremos controlar o papel das variáveis sociodemográficas que habitualmente se associam ao declínio cognitivo. Foi igualmente nosso objectivo verificar a prevalência dos sintomas ansiosos, dos sintomas depressivos e do declínio cognitivo em idosos que frequentam centros de dia e em idosos que residem em lares.

A nossa amostra contou com a participação de 300 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos. A amostra foi dividida em duas sub-amostras: com declínio cognitivo ($n = 248$) e sem declínio ($n = 52$).

Na recolha dos dados usámos o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) para a avaliação dos sintomas ansiosos; a *Geriatric Depression Scale* (GDS) para a avaliação dos sintomas depressivos; para avaliação do declínio cognitivo o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e para a avaliação da simulação o *Rey-15 Item* (15-IMT).

Os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos apresentaram uma média superior à encontrada em estudos anteriores. Os idosos analfabetos e com escolaridade inferior a quatro anos apresentaram, significativamente, mais sintomas ansiosos e depressivos e maior declínio. Os idosos com declínio cognitivo grave apresentaram mais sintomas ansiosos e mais sintomas depressivos.

Finalmente, níveis altos de sintomas ansiosos e depressivos correlacionaram-se com um pior desempenho cognitivo. Estes resultados sugerem que o declínio cognitivo está relacionado com sintomas não-cognitivos.

Palavras-Chave: Declínio Cognitivo, Sintomas Ansiosos, Sintomas Depressivos, Resposta Social

Abstract

Our study had the purpose of verifying if there is a relation between anxious symptoms, depressive symptoms and cognitive decline in old people under social response. In this analysis we will control the role of the sociodemographic variables that are usually related with cognitive decline. At the same time we try to verify the prevalence of the anxious symptoms, the depressive symptoms and the cognitive decline in people that attend day care and nursing homes.

Our sample included 300 elderly with ages between 65 and 100 years old. The sample was divided in two sub-samples: with cognitive decline (n=248) and without decline (n=52).

To gather the data we use the *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) which is used to evaluate the anxious symptoms; The *Geriatric Depression Scale* (GDS) is used to evaluate the depressive symptoms; *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) is used to evaluate the cognitive decline; and the *Rey-15 Item* (15-IMT) to evaluate the simulation of the sample.

The anxious symptoms and the depressive symptoms present a higher average in comparing with previous studies. The analphabetic elderly and those who have only four or less years of education show more anxious and depressive symptoms and also more decline. The people with serious cognitive decline present more anxious and depressive symptoms.

Finally, high levels of anxious and depressive symptoms relate with a worse cognitive performance. These results suggest that the cognitive decline is related with the non-cognitive symptoms.

Key-Words: Cognitive Decline, Anxious Symptoms, Depressive and Social Response

Índice

Índice de Quadros	2
Introdução	3
Envelhecimento e Declínio Cognitivo.....	3
Sintomas Ansiosos e Sintomas Depressivos	4
Resposta Social	6
Objectivos	8
Metodologia.....	8
Delineamento do Estudo	8
Amostra	9
Instrumentos.....	11
Análise Estatística	13
Resultados.....	15
Descritivas.....	15
Correlações entre Sintomas Ansiosos, Sintomas Depressivos e Declínio Cognitivo	19
Variáveis preditoras dos Sintomas Ansiosos e Depressivos e do Declínio Cognitivo	20
Discussão.....	22
Conclusão.....	27
Referências Bibliográficas	29

Índice de Quadros

Quadro 1: <i>Dados Sociodemográficos de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social</i>	10
Quadro 2: <i>Diferenças das Pontuações Médias na Amostra com Declínio Grave e na Amostra sem Declínio Grave no Geriatric Anxiety Inventory (GAI), na Geriatric Depression Scale (GDS), no The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e no Rey-15 Item (15-IMT)</i>	16
Quadro 3: <i>Frequência dos Sintomas Ansiosos e dos Sintomas Depressivos nos Idosos Com e Sem Declínio Grave</i>	17
Quadro 4: <i>Diferenças das Pontuações Médias entre Homens e Mulheres Idosos nos Sintomas Ansiosos (GAI) e nos Sintomas Depressivos (GDS)</i>	17
Quadro 5: <i>Diferenças das Pontuações Médias da nos Sintomas Ansiosos (GAI) e nos Sintomas Depressivos (GDS) em Idosos com Diferentes Estados Cívicos</i>	18
Quadro 6: <i>Diferenças das Pontuações Médias nos Sintomas Ansiosos (GAI) e nos Sintomas Depressivos (GDS) entre Idosos com Diferentes Graus de Escolaridade</i>	18
Quadro 7: <i>Diferenças das Pontuações Médias da Característica Sociodemográfica Resposta Social nos Sintomas Ansiosos (GAI) e nos Sintomas Depressivos (GDS)</i>	19
Quadro 8: <i>Correlações entre Sintomas Ansiosos (GAI), Sintomas Depressivos (GSD) e Declínio Cognitivo (MoCA)</i>	19
Quadro 9: <i>Regressão Logística da Probabilidade de ter Sintomas Depressivos</i>	20
Quadro 10: <i>Regressão Logística da Probabilidade de ter Declínio Cognitivo</i>	21

Introdução

Envelhecimento e Declínio Cognitivo

O envelhecimento é um estado que consiste num processo de degradação gradual, diferencial (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Fontaine, 2000; Lata & Walia, 2007), irreversível e inevitável (Filho & Netto, 2000). É, no entanto, impossível definir-se quando se inicia, devido às suas múltiplas variáveis, à sua velocidade e à sua intensidade, que variam de pessoa para pessoa (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Filho & Netto, 2000; Fontaine, 2000). Este processo é influenciado por factores endógenos e exógenos (Oliveira et al., 2008) que envolvem factores biológicos (envelhecimento do próprio organismo), sociais (estatuto e papel do indivíduo, hábitos pessoais) e psicológicos (Filho & Netto, 2000). Os factores psicológicos são de uma importância extrema neste fenómeno e incluem alterações das actividades intelectuais, motivacionais e da memória (Celestino, 2009; Filho & Netto). A forma como uma pessoa vivência o envelhecimento é também um aspecto psicológico importante. De facto, para a maioria das pessoas, a palavra "envelhecer" não acarreta uma boa sensação, devido aos problemas de saúde e às doenças associados ao envelhecimento (Balcombe & Sinclair, 2001; Fontaine, 2000). Este aspecto explica, em parte, porque são tão frequentes os sintomas de ansiedade e de depressão no envelhecimento.

Com o envelhecimento é frequente a ocorrência de diversas alterações em diferentes áreas da cognição. Em algumas pessoas idosas instala-se uma condição patológica que nos últimos anos adquiriu o estatuto de entidade nosológica. Esta condição, o *declínio cognitivo leve* (DCL), é uma consequência de processos fisiológicos do envelhecimento ou de um estágio anterior ao desenvolvimento de demência, como a doença de Alzheimer (Burns & Zaudig, 2002; Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005; Petersen, 2004, 2010). Segundo Hanninen e colaboradores (1996), o declínio cognitivo associado ao 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 (Mendes-Chiloff, 2006).

As demências são o culminar do declínio cognitivo e representam um dos problemas de saúde pública mais frequentes no envelhecimento, sendo que acarretam profundas consequências, tanto para a vida do doente, como para a dos seus familiares (Caixeta, 2004; Hofman et al. 1991). Apesar da reduzida dimensão em termos globais, a doença de Alzheimer tem vindo a ter um maior relevo em Portugal, sendo uma das mais frequentes causas de morte originadas por doenças do sistema nervoso. Só no ano 2000, verificaram-se 616 óbitos devido a esta doença, sendo que 57% eram mulheres. Mais de 69% destas mortes ocorreram em pessoas entre os 70 e os 84 anos (INE, 2001). De acordo com a *Alzheimer Europe*, o número de cidadãos europeus com demência situa-se entre 7,3 milhões. No que diz respeito a Portugal, estima-se que cerca de 153 000 pessoas tenham demência e que mais de 90 000 pessoas tenham a doença de Alzheimer. Todos os anos, cerca de 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demência, sendo que a cada 24 segundos, é diagnosticado um novo caso (Projecto *European Collaboration on Dementia*).

O envelhecimento saudável, o declínio cognitivo leve e a demência, correspondem a um contínuo e contêm factores comuns de risco de declínio cognitivo (Stott, 2006). Idosos com declínio cognitivo têm uma maior probabilidade em desenvolver doença de Alzheimer, particularmente aqueles com défice de memória episódica (Burns & Zaudig, 2002; Charchat-Fichman et al., 2005).

Torna-se fundamental permitir que o processo de envelhecimento seja minimizado e retardado, tendo como objectivo não só que as pessoas vivam mais anos mas que estes anos sejam vividos com o máximo de qualidade possível (Costa et al, 1999; Fontaine, 2000).

Sintomas Ansiosos e Sintomas Depressivos

Os sintomas ansiosos na população geriátrica são muito comuns (Gellis & McCracken, 2007), estando directamente relacionados com a falta de esperança e de

perspectivas positivas em relação à própria vida que os idosos apresentam, assim como à progressão da incapacidade (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006).

Nos idosos, as suas preocupações focam-se na situação e no bem-estar da sua família e em problemas quotidianos menores, sendo que se preocupam mais com o presente do que com o passado ou o futuro. As pessoas com níveis altos de sintomas ansiosos diferem de pessoas sem estes sintomas, na medida em que se preocupam mais com a sua própria saúde e com a manutenção da sua independência (Montorio, Nuevo, Márquez, Izal, & Losada, 2003).

É comum, nos idosos, o sentimento de solidão e a preocupação com a saúde e com as suas limitações. A redução das suas capacidades funcionais e sensoriais, podem levar ao sentimento de solidão, levando ao pensamento frequente da morte. Como consequência destes factos, está o aumento de sintomas ansiosos (Alwahhabi, 2003; Montorio et al., 2003).

Os sintomas de ansiedade estão frequentemente presentes em idosos com sintomas depressivos (Diefenbach & Goethe, 2006), sendo que, quanto mais alto o nível dos sintomas depressivos, mais alto o nível dos sintomas ansiosos (Porzych, Kornatowska, Porzych, Polak, & Motyl, 2005). A comorbilidade entre estas duas perturbações é de aproximadamente 50% (Gellis & McCracken, 2007).

A designação "depressão ansiosa" é usada para descrever a *perturbação depressiva major*, tendo uma grande incidência na saúde, sendo uma realidade comum em diferentes cenários geriátricos. Está associada ao aumento de riscos na saúde, uma vez que pode provocar o aumento do sofrimento psíquico, da ideação suicida e do declínio cognitivo, tendo como consequência a diminuição da qualidade de vida do idoso (Diefenbach & Goethe, 2006).

A depressão corresponde à perturbação emocional mais frequente nos idosos, sendo, na actualidade, o principal motivo de incapacidade em todo o mundo (Oliveira, Gomes, & Oliveira, 2006; OMS, 2002). É um estado mental nem sempre bem diagnosticado (Blanchard, Waterraus, & Mann, 1994; Oliveira et al., 2006) o que pode levar a uma depressão crónica e ao consequente agravamento do sofrimento psíquico do idoso, assim como ao agravamento de eventuais doenças orgânicas,

podendo causar danos físicos e cognitivos, aumentando a taxa de suicídio e de mortalidade (Alexopoulos, Katz, Reynolds & Ross, 2001; Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002; Vaz, 2009). São razões para a existência de sintomas depressivos, factores genéticos, sintomas ansiosos, disfunções cognitivas, relações interpessoais, episódios de stress ao longo da vida, doenças incapacitantes, entre outros aspectos (Roy, 2007; Stella et al., 2002).

A depressão afecta a forma como o idoso se sente acerca de si mesmo e a forma como percepção 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 et al., 2001). Os idosos definem a sua qualidade de vida de acordo com o seu bem-estar emocional e o seu estado de saúde em geral, sendo que, quando existem sintomas depressivos, tal facto é um indicador de que a qualidade de vida do idoso é pobre (Karttunen et al., 2010). 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).

Os sintomas depressivos estão muitas vezes relacionados com a demência, incluindo a doença de Alzheimer (Alexopoulos et al., 2001; Orestes & Forlenza, 2000).

Resposta Social

Os idosos institucionalizados são privados dos seus objectivos e projectos de vida, uma vez que se encontram afastados da família, da sua casa e dos seus amigos. O processo de institucionalização provoca grande ansiedade aos idosos, uma vez que é uma transformação radical nos seus estilos de vida (Júnior & Tavares, 2005). É frequente encararem a transferência para o lar como a perda da sua liberdade. Muitos sentem-se abandonados pelos seus próprios filhos ou outros familiares, surgindo a ansiedade face à morte (Born, 1996).

No entanto, é importante salientar que, em muitos dos casos, os lares de idosos assim como os centros de dia, correspondem a um abrigo para idosos excluídos da sociedade e das suas famílias (Júnior & Tavares, 2005).

De acordo com alguns autores, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos são mais frequentes em idosos institucionalizados do que em idosos que ainda vivem em suas casas, sendo que são, muitas vezes, desvalorizados e incorrectamente diagnosticados, devido ao facto de, na maioria das vezes, os idosos terem dificuldade em verbalizar e identificar os seus sentimentos (alexitimia), uma vez que os sintomas depressivos podem ser disfarçados por queixas somáticas ou sintomas físicos, assim como serem confundidos com algum tipo de demência. (Barroso, 2006; Russo, 2008; Vaz, 2009). Comparando idosos que frequentam centros de dia com aqueles que vivem em lares, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos são mais frequentes nos que vivem em lares. Tal pode ser explicado pelo facto de os lares de idosos, poderem ser percebidos como uma *prisão* pelo próprio idoso, em que este se torna dependente e perde a sua capacidade para realizar a sua vida diária normal, assim como a sua privacidade, actividade social e apoio emocional. Por outro lado, o facto de ainda viverem em suas casas e indo diariamente a centros de dia como uma actividade social, resulta num sentimento de que a sua vida tem um significado e um objectivo (Rahman, 2006; Oliveira et al., 2006).

A socialização tem tendência a diminuir com o início do envelhecimento, sendo que a institucionalização pode ainda dificultar mais este processo, o que pode aumentar os sintomas depressivos nos idosos. Assim, as actividades de lazer e em grupo são extremamente importantes, estimulando as relações interpessoais, preservando o estado físico e, principalmente, o estado psicológico, proporcionando um aumento consequente da qualidade de vida dos idosos (Júnior & Tavares, 2005; Junior, Silva, Gomes, Paes, & Bastos, 2010).

Objectivos

Em Portugal existem ainda poucos estudos que averiguem quais os factores que estão relacionados com o declínio cognitivo e os níveis de sintomas ansiosos e depressivos nos idosos, pelo que este estudo tem como principais objectivos investigar se há relação entre o declínio cognitivo e os sintomas ansiosos e depressivos e averiguar quais as variáveis que contribuem para aumentar o risco de declínio cognitivo, assim como dos sintomas ansiosos e depressivos.

Antes de estudar essas relações, é também nosso objectivo conhecer a prevalência dos sintomas ansiosos e dos sintomas depressivos e do declínio cognitivo na nossa amostra de idosos. Queremos igualmente averiguar a diferença nos sintomas ansiosos e nos sintomas depressivos entre o grupo com declínio grave e o grupo sem declínio grave, tal como foram definidos pelo *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Na análise das diferenças, iremos analisar o papel das variáveis que, nas investigações anteriores, se têm mostrado associadas ao declínio e aos sintomas clínicos. Queremos ainda saber se existem diferenças nos níveis dos sintomas ansiosos e sintomas depressivos, assim como, no declínio cognitivo entre os diferentes tipos de resposta social.

Metodologia

Delineamento do Estudo

Este estudo fez parte do coorte I de um projecto de Investigação baseado na população, intitulado *Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*. O objectivo principal 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 pessoas incluiu 1.914 indivíduos com idades compreendidas entre 36 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

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

investigadores (estudantes do 3.º ano do 1.º ciclo e estudantes do 1.º ano do 2.º 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 primeira sessão eram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS por um aluno do 3.º ano da Licenciatura, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, realizada por um estudante do 1º ano de Mestrado 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.

As avaliações iniciaram-se em Novembro de 2010 e continuam em curso. Em Maio de 2011, a taxa de recolha era de 26,6%, com 509 idosos avaliados e uma taxa de resposta de 22,7%. O instrumento para medir os sintomas depressivos foi a GDS, para medir os sintomas ansiosos foi o GAI e para medir o declínio cognitivo usámos o MoCA. É de ressaltar que, aquando da aplicação da GDS, algumas questões tiveram de ser reformuladas de forma a que os idosos conseguissem compreender o significado das mesmas.

Amostra

A nossa amostra total era constituída por 509 participantes, em que 127 (25%) eram homens e 382 (75%) mulheres. Excluimos 42 pessoas por terem idade inferior a 65 anos e 167 idosos por, até à data, ainda não lhes ter sido aplicados a GDS, o GAI e o MoCA. A amostra final incluiu 300 idosos, dos quais 70 (23,30%) eram homens e 230 (76,70%) eram mulheres, com uma média de idade de 80,09, sendo o mínimo 65 anos e o máximo 100 anos (7 idosos não souberam dizer qual a sua idade).

Dividimos, primeiramente, a nossa amostra em dois grupos, com e sem declínio, a partir do ponto de corte apontado na literatura (valor de 26). No entanto,

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

³ Ou alguém responsável pelo idoso.

o grupo sem declínio ficava reduzido a 5 sujeitos (1,7%). Averiguada a informação demográfica da amostra do estudo original (Nasreddine et al., 2005; escolaridade média $12,28 \pm 4,32$ em idosos com declínio e $13,3 \pm 3,40$ em idosos sem declínio), considerámos que este ponto de corte não seria adequado para a nossa amostra constituída maioritariamente por sujeitos analfabetos (45%) e com baixa escolaridade (40%), pelo que calculámos um novo ponto de corte a partir da soma da média com o desvio padrão ($11,71 + 6,18$), ficando o ponto de corte em 17,88.

Quadro 1

Dados Sociodemográficos de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social.

	Total		Com declínio grave		Sem declínio		<i>t</i> / <i>X</i> ²	<i>p</i>
	(N=300)		(n = 248)		(n = 52)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	80,09	6,65	80,63	6,52	77,56	6,74	-3,06	0,002
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Género							-0,67	0,502
Masculino	70	23,30	56	22,60	14	26,90		
Feminino	230	76,70	192	77,40	38	73,10		
Estado Civil							*	*
Solteiro(a)	40	13,30	29	11,70	11	21,20		
Casado(a)	58	19,30	44	17,70	14	26,90		
Divorciado(a)/separado(a)	23	7,70	16	6,50	7	13,50		
Viúvo(a)	179	59,70	159	64,10	20	38,50		
Escolaridade							*	*
Analfabeto(a)	135	45,00	127	51,20	8	15,40		
≤ 4 anos	120	40,00	96	38,70	24	46,20		
>4 anos	45	15,00	25	10,10	20	38,50		
Resposta Social							-0,59	0,556
Centro de Dia	203	67,70	166	66,90	37	71,20		
Lar de Idosos	97	32,30	82	33,10	15	28,80		

*O Qui-quadrado não foi calculado pois o número de células com frequência esperada < 1 era superior a 20%

Instrumentos

Para se avaliar a ansiedade geriátrica utilizámos o **Inventário de Ansiedade Geriátrica** (*Geriatric Anxiety Inventory - GAI*), que consiste numa ferramenta de triagem, de resposta rápida e de simples administração. É constituída por 20 itens, em que as opções de resposta são “concordo” (1 ponto) ou “discordo” (0 pontos), referindo-se à última semana. Tem como pontuação mínima 0 pontos e como máxima 20 pontos (Boddice, Pachana, & Byrne, 2008; Pachana et al., 2007). O ponto de corte de 10/11, para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) na amostra psicogeriatrica, mostrou uma sensibilidade de 75% e especificidade de 84% (Pachana et al., 2007). O GAI demonstrou boa validade convergente com o *Goldberg Anxiety and Depression Scale* (GADS: 0,57); *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI: - 0,44); *Beck Anxiety Inventory*; (BAI: 0,63); *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ: 0,70); *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS: 0,58).

O ponto de corte óptimo para detectar sintomas ansiosos graves foi de 8/9 (Ribeiro, Paul, Simões, & Firmino, 2011), tal como foi utilizado no nosso estudo. Na nossa investigação, o GAI apresenta uma excelente consistência interna ($\alpha = 0,92$).

Para se avaliar a depressão geriátrica, utilizámos 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, Na 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 ($K = 0,94$) (Coleman et al., 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 de $\alpha = 0,91$ e fidedignidade de $K = 0,91$. 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 ($\alpha = 0,73$).

Para se avaliar o Declínio Cognitivo, utilizámos a versão experimental portuguesa⁴ da **Avaliação Cognitiva de Montreal** (*Montreal Cognitive Assessment - MoCA*), desenvolvida por Simões, Firmino, Vilar e Martins (2007). A versão original foi desenvolvida por Nasreddine e equipa em 2005. A validação portuguesa é de Duro, Simões, Ponciano e Santana em 2010 (Duro et al., 2010). O MoCA foi criado para ser usado como teste de rastreio cognitivo para detectar declínio cognitivo (Duro et al., 2010; Guerreiro, 2010). É um teste que avalia oito domínios cognitivos, atenção, concentração, memória de trabalho, funções executivas, memória de curto prazo, linguagem, habilidades viso espaciais e orientação (temporal e espacial) (Duro et al., 2010; Liu-Ambrose, Ashe, Graf, Beattie, & Khan, 2008). A média obtida num grupo de idosos portugueses com declínio cognitivo leve foi de 15,86 ($DP = 4,03$) e de 8,69 ($DP = 3,53$) num grupo de doentes com demência (Martins, 2007). Este teste tem um máximo de 30 pontos, e um valor acima de 26 é considerado normal (valores abaixo de 26 são indicadores de possível declínio cognitivo), é de referir que é dado um ponto extra a sujeitos que tenham 12 ou menos anos de escolaridade se o resultado total do MoCA for inferior a 30 (Duro et al., 2010; Liu-Ambrose et al., 2008). Este instrumento apresenta uma fidedignidade de $K = 0,92$ e uma consistência interna de $\alpha = 0,83$ (Duro et al., 2010). Já no nosso estudo, obtivemos uma consistência interna de 0,76.

Para avaliarmos o grau de simulação dos idosos, usámos o **Rey-15 Item Test** (15-IMT) (Rey, 1964; Simões et al., 2010). Este teste é composto por duas páginas: evocação e reconhecimento. A página da evocação é composta por 15 itens (letras,

4 M. Simões (comunicação pessoal, 15, Junho, 2011), referiu que a versão final está sob publicação e que não há diferenças significativas entre as versões.

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). Os pontos de corte representativos e indicados mais comumente pela literatura dizem respeito a < 9 para o ensaio de evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento. Em amostras de idosos com declínio e com baixa escolaridade, os autores sugerem que o ponto de corte para a medição da evocação seja ainda mais reduzido e inferior a 6 (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 estatística, utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 19.0 para Windows Vista; SPSS, Inc., 2011). Na nossa investigação, as variáveis de critério foram os sintomas depressivos e ansiosos medidos, respectivamente, pela GDS e pelo GAI e o declínio cognitivo pelo MoCA.

Realizámos testes paramétricos, pois a nossa amostra e os subgrupos têm uma dimensão superior a 30, apesar das pontuações totais não apresentarem uma distribuição normal, tanto na GDS (Curtose = -0,71; Simetria = -0,15; KS = 0,08; $p < 0,001$), como no GAI (Curtose = -1,02; Simetria = -0,51; KS = 0,13; $p < 0,001$) e como no MoCA (Curtose = -0,33; Simetria = 0,44; KS = 0,08; $p < 0,001$). Efectuámos a comparação entre as nossas médias e os valores apresentados pelos estudos de referência através do teste *t* para uma amostra. Fizemos a comparação entre os dois

grupos de idosos (com declínio grave e sem declínio grave), através das pontuações médias dos sintomas ansiosos, dos sintomas depressivos e do declínio cognitivo. Para o efeito utilizámos o teste *t* de Student para duas amostras independentes.

Depois utilizámos o Qui-quadrado da independência para analisar as proporções de idosos com e sem sintomas ansiosos e sintomas depressivos entre os idosos com e sem declínio cognitivo grave. De seguida, utilizámos a Anova de uma via ou o teste *t* para testar a influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis de critério. Para medir a intensidade das relações, usámos o *R* de Pearson para das variáveis em estudo.

Para predizer o valor das nossas variáveis de critério a partir de um conjunto de variáveis de predição, utilizámos a análise da Regressão Logística Univariada⁵. Para efectuar este procedimento estatístico tivemos de categorizar a variável sintomas depressivos, que era contínua, em duas classes utilizando como ponto de corte 11. Tivemos de realizar o mesmo procedimento para os sintomas ansiosos, a partir do ponto de corte 9 e para as pontuações do MoCA através do ponto obtido pela soma da média com o desvio-padrão. Para realizar a regressão respeitámos os pressupostos: tamanho da amostra ($N = 300 > 50+m$, onde m = número de variáveis independentes); ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes (correlações entre si inferiores a 0,5; valores de tolerância acima de 0,10 e VIF inferiores a 10) e ausência de valores extremos (Pallant, 2007).

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) e 0,008 (seis comparações).

⁵ A distribuição das pontuações e dos resíduos das variáveis de critério 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. Contudo, esta regressão é sensível a correlações altas entre variáveis predictoras (multicolinearidade) e a valores extremos (Pallant, 2007).

Resultados

Descritivas

No Quadro 2 são apresentadas as médias e desvios padrão das medidas utilizadas na nossa amostra. Como podemos verificar, os idosos da nossa amostra apresentam uma média de 12,12 ($DP = 6,27$) nas pontuações do GAI, que é significativamente mais alta do que os valores apresentados no estudo português (Ribeiro et al., 2011; $t = 8,64$; $p < 0,001$); essa média é mais alta entre os idosos com declínio ($t = 2,07$; $p = 0,040$).

Na GDS, a média nas pontuações foi de 14,20 ($DP = 6,47$), revelando-se significativamente superior ao estudo português (Pocinho et al., 2009; $t = 8,58$; $p < 0,001$), sendo também mais alta entre os idosos com declínio ($t = 4,36$; $p < 0,001$).

A média observada nas pontuações do MoCA foi de 11,75 ($DP = 6,17$), valor esse também significativamente superior ao obtido numa amostra portuguesa de idosos com declínio cognitivo (Martins, 2007; $t = 3,97$; $p < 0,001$).

Relativamente à Evocação do 15-IMT, em comparação com o ponto de corte, 6, verificámos que a diferença não é significativa ($t = 0,45$; $p = 0,133$). Em relação ao Índice Combinado, a pontuação na nossa amostra não pode ser comparada ao ponto de corte indicado pelo estudo português (Simões et al., 2010) pois seria necessário ajustarmos os pontos de corte para um valor inferior a 20, mais adequado a idosos com problemas cognitivos e com demência provável.

Quadro 2

Diferenças das Pontuações Médias na Amostra com Declínio Grave (n = 248) e na Amostra sem Declínio Grave (n = 52) no Geriatric Anxiety Inventory (GAI), na Geriatric Depression Scale (GDS), no The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e no Rey-15 Item (15-IMT).

	Total		Com declínio grave		Sem declínio grave		t	p
	(N=300)		(n = 248)		(n = 52)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
GAI	12,12	6,27	12,46	6,20	10,50	6,39	-2,07	0,040
GDS	14,20	6,47	14,93	6,26	10,75	6,41	-4,36	0,000
MoCA	11,75	6,17	9,66	4,35	21,73	2,90	19,12	0,000
15-IMT								
Evocação	6,15	4,23	4,80	3,44	10,04	3,87	9,16	0,000
Índice Combinado	11,19	7,86	8,45	6,08	18,79	7,26	9,97	0,000

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; p = nível de significância

No Quadro 3 verificámos que na sua maioria a amostra de idosos apresenta alguns sintomas ansiosos (N = 146, 48,70%), não se apresentando diferenças significativas na frequência dos sintomas ansiosos entre grupos. Observámos, igualmente, que os idosos apresentam na sua maioria sintomas depressivos (N = 210, 70%), existindo diferenças significativas na frequência dos sintomas depressivos entre grupos.

Quadro 3

Frequência dos Sintomas Ansiosos e dos Sintomas Depressivos nos Idosos Com e Sem Declínio Grave.

	Total		Com declínio grave		Sem declínio grave		χ^2	<i>p</i>
	N = (300)		(n = 248)		(n = 52)			
	N	%	N	%	N	%		
GAI							5,79	0,055
Sem sintomas ansiosos	87	29,00	69	27,80	18	34,60		
Com sintomas ansiosos	213	71,00	179	72,20	34	65,40		
GDS							7,82	0,005
Sem sintomas depressivos	90	30,00	66	26,60	24	46,20		
Com sintomas depressivos	210	70,00	182	73,40	28	53,80		

No Quadro 4 são apresentadas as médias e desvios-padrão das mulheres de dos homens idosos. Como podemos verificar, homens e mulheres não se distinguem, nem ao nível dos sintomas ansiosos, nem ao nível dos sintomas depressivos, nem em termos de declínio.

Quadro 4

Diferenças das Pontuações Médias entre Homens e Mulheres idosos nos Sintomas Ansiosos (GAI) e nos Sintomas Depressivos (GDS).

	Género					
	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
GAI	11,19	6,43	12,41	6,20	1,43	0,153
GDS	13,20	6,05	14,51	6,57	1,49	0,139

Os idosos não se distinguem em nenhuma das pontuações consoante o seu estado civil (Quadro 5).

Quadro 5

Diferenças das Pontuações Médias dos Sintomas Ansiosos (GAI) e dos Sintomas Depressivos (GDS) em Idosos com Diferentes Estados Cíveis.

Estado Civil										
	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo		F	sig
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
GAI	11,65	6,34	11,52	6,65	10,70	5,18	12,61	6,24	1,01	0,387
GDS	13,90	6,62	13,08	6,96	12,39	5,45	14,87	6,34	1,85	0,138

Os idosos analfabetos e com escolaridade básica têm significativamente mais sintomas ansiosos, sintomas depressivos e declínio do que os idosos com mais de quatro anos de escolaridade (Quadro 6).

Quadro 6

Diferenças das Pontuações Médias nos Sintomas Ansiosos (GAI) e nos Sintomas Depressivos (GDS) entre idosos com Diferentes Graus de Escolaridade.

Escolaridade								
	Analfabeto		≤ 4		> 4		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
GAI	13,04	5,83	12,38	6,16	8,71	6,76	8,63	0,000
GDS	15,34	6,29	14,46	6,03	10,11	6,66	12,00	0,000

Post-hoc GT2 de Hochberg: GAI - Analfabetos e escolaridade inferior a quatro anos > Escolaridade acima dos quatro anos ($p < 0,017$). GDS - Analfabetos e escolaridade inferior a quatro anos > Escolaridade acima dos quatro anos ($p < 0,017$).

Post-hoc Games-Howell: MoCA - comparações todas significativas ($p < 0,017$).

Os idosos que estão em centro de dia não se distinguem dos idosos que estão em lares em nenhuma das pontuações (Quadro 7).

Quadro 7

Diferenças das Pontuações Médias da Característica Sociodemográfica Resposta Social nos Sintomas Ansiosos (GAI) e nos Sintomas Depressivos (GDS).

Resposta Social						
	Centro de dia		Lar de idosos		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
GAI	12,47	6,15	11,40	6,47	1,38	0,168
GDS	14,40	6,37	13,78	6,69	0,776	0,438

Correlações entre Sintomas Ansiosos (GAI), Sintomas Depressivos (GDS) e Declínio Cognitivo (MoCA)

No Quadro 8 apresentámos as correlações de *R* de Pearson⁶ entre os sintomas ansiosos, depressivos e declínio cognitivo. Pudemos observar que existe correlação entre todas as variáveis: correlações altas entre os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos; correlações negativas e muito baixas entre os sintomas depressivos e o declínio cognitivo.

Quadro 8

Correlações entre Sintomas Ansiosos (GAI), Sintomas Depressivos (GSD) e Declínio Cognitivo (MoCA).

	GAI	GDS	MoCA
GAI	–	0,79	-0,15**
GDS	–	–	-0,27**
MoCA	–	–	–

** $p < 0,001$ (bicaudado)

⁶ Nas correlações muito baixas o *r* situa-se abaixo de 0,19; nas *baixas*, o *r* está entre 0,20 e 0,39, enquanto nas correlações *moderadas* o *r* está entre 0,40 a 0,69. Um *r* entre 0,70 e 0,89 considera-se correlação *alta* (Pestana & Gageiro, 2005).

Variáveis predictoras dos Sintomas Ansiosos, Depressivos e do Declínio

Como a única variável que afecta os sintomas não-cognitivos e o declínio cognitivo é a escolaridade, efectuámos uma regressão logística univariada somente com esta variável independente.

O modelo da regressão logística univariada para avaliar o impacto da escolaridade na probabilidade dos idosos terem sintomas ansiosos, não se mostrou estatisticamente significativo ($\chi^2 = 2,79$; $p = 0,095$). O modelo não conseguiu distinguir entre idosos que indicam ter sintomas ansiosos dos que indicam não ter.

O modelo de regressão univariada para determinar o impacto da escolaridade sobre o risco de ter sintomas depressivos mostrou-se estatisticamente significativo ($\chi^2 = 6,03$; $gl = 1$; $p < 0,05$). O modelo explicou entre 2% (R^2 e Cox e Snell) e 2,8% (R^2 de Nagelkerke) da variância nos sintomas depressivos e classificou correctamente 70% dos idosos. Como se pode ver no Quadro 9, o grau de escolaridade contribui de forma significativa estatisticamente com um *odds ratio* de 0,6. Quer isto dizer que os idosos com escolaridade mais baixa apresentam cerca de 0,65 vezes mais probabilidade de ter sintomas depressivos do que os idosos com escolaridade mais alta.

Quadro 9

Regressão Logística Preditiva da Probabilidade de ter Sintomas Depressivos.

	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95% para OR</i>
Escolaridade	-0,43	0,18	6,00	1	0,014	0,65	0,46-0,92

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*.

Quanto ao modelo de regressão univariada para determinar o impacto da escolaridade sobre o risco de ter declínio cognitivo grave, este mostrou-se estatisticamente significativo ($\chi^2 = 33,92$; $gl = 1$; $p < 0,001$). O modelo explicou entre 10,7% (R^2 e Cox e Snell) e 17,7% (R^2 de Nagelkerke) da variância declínio cognitivo e

classificou correctamente 82,7% dos idosos. O nível de escolaridade contribui de forma significativa estatisticamente com um *odds ratio* de 0,28. Quer isto dizer que os idosos com escolaridade mais baixa apresentam cerca de 0,28 vezes mais probabilidade de ter declínio cognitivo grave do que os idosos com escolaridade mais alta.

Quadro 10

Regressão Logística Preditiva da Probabilidade de ter Declínio Cognitivo.

	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95% para OR</i>
Escolaridade	-1,26	0,23	29,98	1	< 0,001	0,28	0,18-0,45

Notas: Coeficiente β = peso matemático de cada variável no modelo de regressão; SE = 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*.

Discussão

Análise do declínio cognitivo, dos sintomas ansiosos e dos sintomas depressivos

No que concerne aos sintomas ansiosos, a nossa amostra apresentou uma média de ($M \pm DP = 12,12 \pm 6,27$), sendo superior à média encontrada no estudo de Byrne, Dissanayaka, Pachana, Mellick, O'Sullivan et al., (2010) ($M = 5,03 \pm DP = 6,06$) e no estudo de Diefenbach, Tolin, Meunier e Gilliam (2009) ($M \pm DP = 4.63 \pm 5.57$). Observámos que os idosos com declínio cognitivo são os que apresentaram mais sintomas ansiosos ($M \pm DP = 12,46 \pm 6,20$). Este resultado foi confirmado por outros estudos, na medida em que estes corroboram que os sintomas ansiosos estão associados ao declínio cognitivo (Airaksinen, 2006; Castaneda, 2010). A maior incidência de sintomas ansiosos em idosos com declínio cognitivo, pode ser explicado pelo facto de estes idosos perderem gradualmente a sua capacidade para realizarem actividades do dia-a-dia, levando a um comprometimento da sua vida social. Segundo Machado, Ribeiro, Leal e Cotta (2007), tal facto vai originar o aumento dos níveis de sintomas ansiosos, derivado à falta de autonomia que estes idosos apresentam. A maioria dos idosos da nossa amostra apresentou sintomas ansiosos ($N = 213$; 71%), sendo que 179 destes apresentaram declínio cognitivo grave (72,20%).

Relativamente aos sintomas depressivos na nossa amostra, a GDS apresentou uma média de 14,20 ($DP = 6,47$), sendo possível observar que os idosos com declínio cognitivo apresentaram, igualmente, mais sintomas depressivos do que os idosos sem declínio cognitivo. Um outro estudo realizado em Portugal por Pocinho e equipa (2009) apresentou uma média inferior à da nossa amostra ($M = 9,6$), assim como um estudo realizado em Espanha por Mondrego e Ferrández (2010), onde a média da GDS era de 12,25. Vários estudos confirmaram o nosso afirmando que, os sintomas depressivos estão directamente ligados ao declínio cognitivo, sendo que, quanto maior o declínio cognitivo, maior os níveis de sintomas depressivos (Airaksinen, 2006; Ávila & Bottino, 2006; Castaneda, 2010; Karttunen et al., 2010; Rabelo, 2009). A grande maioria dos idosos da nossa amostra apresentou sintomas

depressivos ($N = 210$; 70%), sendo que 182 idosos com esta sintomatologia apresentaram, igualmente, declínio cognitivo grave (73,40%).

Os sintomas depressivos estão muitas vezes associados ao declínio cognitivo, uma vez que idosos nesta condição apresentam um grande comprometimento das suas capacidades cognitivas e físicas, criando um sentimento de dependência e de inutilidade, o que faz aumentar os níveis de sintomas depressivos. No entanto, é importante ressaltar que, num estado de declínio cognitivo grave muito avançado, os idosos podem não estar conscientes da sua condição. Este facto pode levar a que os idosos não percebam esta condição, não estando conscientes dos seus sintomas depressivos.

No que diz respeito ao declínio cognitivo, avaliado pelo MoCA, a nossa amostra obteve uma média de 11,75 ($DP = 6,17$), sendo inferior à média 14,40 ($DP = 6,78$) encontrada no estudo de Duro, Simões, Ponciano e Santana (2010) e inferior à média de 25,2 encontrada no estudo de Liu-Ambrose, Ashe, Graf, Beattie e Khan (2008). A grande incidência de declínio cognitivo na nossa amostra, pode ser explicado pelo facto de estes idosos estarem institucionalizados, o que lhes pode causar o sentimento de falta de esperança, fazendo com que encarem a vida de uma forma apática, envolvendo-se em poucas actividades, isolando-se cada vez mais. Igualmente os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos, podem contribuir para o desenvolvimento deste declínio cognitivo.

Observámos que na nossa amostra existem diferenças estatisticamente significativas entre os sintomas ansiosos (GAI), os sintomas depressivos (GDS) e o declínio cognitivo (MoCA).

De acordo com o nosso estudo, relativamente à característica sociodemográfica *Género*, a média dos sintomas ansiosos foi superior no género feminino ($M = 12,41 \pm DP = 6,20$). Em relação à média dos sintomas depressivos, esta foi igualmente superior no género feminino ($M = 14,51 \pm DP = 6,57$). Este resultado pode ser explicado pelo facto de a nossa amostra ser constituída maioritariamente por mulheres ($n = 239$). No entanto não foram apresentadas diferenças estatisticamente significativas na média dos sintomas ansiosos e nos sintomas

depressivos em relação ao género. De acordo com Byrne (2002), as mulheres são mais susceptíveis a ter sintomas depressivos do que os homens, confirmando assim os nossos resultados.

No que diz respeito às pontuações médias dos sintomas ansiosos da característica sociodemográfica *Estado Civil*, a média foi superior nos idosos viúvos ($M = 12,61 \pm DP = 6,24$). O mesmo se verificou nas pontuações médias dos sintomas depressivos ($M = 14,87 \pm DP = 6,34$). Contudo não se apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas médias dos sintomas ansiosos e dos sintomas depressivos. Estudos anteriores confirmaram o nosso resultado, utilizando igualmente a GDS como instrumento de avaliação dos sintomas depressivos (Mendes-Chiloff, 2006; Papadopoulo et. al, 2005; Vaz, 2009). No entanto, ao contrário da nossa pesquisa, um outro estudo afirma que idosos casados apresentaram mais sintomas depressivos (Ekinci, Tortumluoglu, Okanli, & Sergin, 2004). O nosso resultado pode ser explicado pelo sentimento de solidão que os idosos viúvos apresentaram. A maioria foi casada durante muitos anos e a perda do seu cônjuge é vivida com um grande sofrimento, levando ao sentimento de solidão e de desesperança no futuro.

Quanto às pontuações médias dos sintomas ansiosos na característica sociodemográfica *Escolaridade*, a nossa amostra apresentou uma média superior nos idosos analfabetos ($M = 13,04 \pm DP = 5,83$). Igualmente os idosos analfabetos apresentaram uma média superior de sintomas depressivos ($M = 15,34 \pm DP = 5,83$). Nesta variável sociodemográfica, verificámos diferenças estatisticamente significativas nas médias dos sintomas ansiosos e dos sintomas depressivos. Estudos anteriores confirmaram o nosso resultado, afirmando que os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos estão significativamente relacionados com a escolaridade, sendo que a prevalência desta sintomatologia é tanto maior quanto menor for o nível de escolaridade (Mendes-Chiloff, 2006). De acordo com o nosso estudo, dos 135 idosos analfabetos, 127 apresentaram declínio cognitivo grave. Em vários estudos observámos que um maior nível de escolaridade pode ser considerado um factor de protecção para o declínio cognitivo, sendo que, quanto mais baixa for a escolaridade,

mais probabilidade terá o idoso de apresentar declínio cognitivo (Machado et al., 2007; Rabelo, 2009).

Relativamente à característica sociodemográfica *Resposta Social*, os idosos que frequentam centros de dia são os que apresentaram uma média superior ($M = 12,47 \pm DP = 6,15$). O mesmo se observou nos sintomas depressivos ($M = 14,40 \pm DP = 6,37$). Não verificámos diferenças estatisticamente significativas nas médias dos sintomas ansiosos e dos sintomas depressivos em relação à resposta social. Este resultado não foi de encontro ao que esperávamos, uma vez que toda a bibliografia encontrada, referia o contrário, afirmando que os sintomas ansiosos e depressivos são mais frequentes em idosos que vivem em lares do que os que frequentam centros de dia (Flint, 1999; Oliveira et al., 2006; Russo, 2008). Este resultado pode ser explicado pelo facto de a grande maioria da nossa amostra frequentar centros de dia ($n = 203$).

Relação entre Sintomas Ansiosos, Sintomas Depressivos e Declínio Cognitivo

Observámos que existe correlação entre os sintomas ansiosos, os sintomas depressivos e o declínio cognitivo. Entre os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos a correlação é alta. Esta associação já tinha sido encontrada em estudos anteriores (Casten, Parmelee, Kleban, Lawton, & Katz, 1995; Diefenbach & Goethe, 2006; Gellis & McCracken, 2007; Lenze et al., 2000; Martin, Fleming, & Evans, 1995; Oliveira et al., 2006; Porzycz et al., 2005).

No nosso estudo observámos que, tanto os sintomas ansiosos, como os sintomas depressivos, estão relacionados significativamente com o declínio cognitivo. Esta associação é apoiada por estudos anteriores (Airaksinen, 2006; Alexopoulos et al., 2001; Ávila & Bottino, 2006; Karttunen et al., 2010; Monastero, Mangialasche, Camarda, Ercolani, & Camarda, 2009; Orestes & Forlenza, 2000; Rabelo, 2009; Shankar & Orrell, 2000). Antes de realizarmos este estudo, já esperávamos este resultado, uma vez que, ao observarmos os idosos, constatámos que se encontravam com altos níveis de sintomas ansiosos e depressivos, assim como de declínio cognitivo. Os idosos que apresentaram declínio, verificámos que

apresentavam níveis mais altos desta sintomatologia, sendo que se sentiam mais tristes, mais sós e com menos esperança no futuro.

Preditores dos sintomas ansiosos e dos sintomas depressivos

Uma vez que a única variável que afecta os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos é o grau de escolaridade, quisemos averiguar se esta variável poderia prever esta sintomatologia. No entanto, o modelo da regressão logística univariada para avaliar o impacto da escolaridade na probabilidade dos idosos terem sintomas ansiosos, não se mostrou estatisticamente significativo ($\chi^2 = 2,79$; $p = 0,095$), não sendo possível indicar a escolaridade como preditora dos sintomas ansiosos.

O contrário verificámos no impacto da escolaridade sobre o risco de ter sintomas depressivos ($\chi^2 = 6,03$; $gl = 1$; $p < 0,05$), tendo-se mostrado estatisticamente significativo. Quer isto dizer que os idosos com escolaridade mais baixa apresentaram mais probabilidade de ter sintomas depressivos.

Quanto ao impacto da escolaridade sobre o risco de ter declínio cognitivo grave, este mostrou-se estatisticamente significativo ($\chi^2 = 33,92$; $gl = 1$; $p < 0,001$). Podemos assim afirmar que, os idosos com escolaridade mais baixa apresentaram mais probabilidade de ter declínio cognitivo grave do que os idosos com escolaridade mais alta.

Este resultado explica-se pelo facto de estes idosos com pouca escolaridade poderem-se sentir envergonhados em realizar actividades, uma vez que muitas destas actividades incluem a leitura. Uma vez que se sentem envergonhados, podem ser levados a não participar nestas actividades, sendo cada vez menos estimulados, o que pode provocar o aumento do declínio cognitivo.

Conclusão

Através do nosso estudo observámos que na sua maioria os idosos da nossa amostra apresentaram sintomas ansiosos e depressivos, facto que é preocupante. É fundamental o acompanhamento e a intervenção psicológica junto destes idosos, a fim de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida. Os idosos sob resposta social da nossa amostra, vivem uma fase em que a solidão, a desesperança face ao futuro e a ansiedade face à morte, estão cada vez mais presentes. Perante este cenário, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos são muito frequentes.

Ao contrário da bibliografia encontrada, observámos que os idosos que frequentam centros de dia apresentaram mais sintomas ansiosos e sintomas depressivos do que os que vivem em lares de idosos. Este resultado pode-se dever ao facto de a maioria destes apresentar igualmente declínio cognitivo grave, o que lhes dificulta a sua vida social. Estes idosos apresentam-se limitados de todas as maneiras, tanto a nível de estímulos intelectuais (devido ao declínio cognitivo que apresentam), a espaços físicos (por estarem limitados à instituição a que pertencem), a horários (por terem de cumprir rigorosamente os horários impostos pelas instituições), assim como a nível físico, cognitivo e de saúde. A condição em que estes idosos vivem, tanto a nível cognitivo, emocional e físico, está extremamente limitada devido a todos estes factores, o que leva a que eles vivam com poucos ou nenhuns objectivos, com pouca esperança e principalmente com muita apatia. Todos estes factores levam a que os idosos não sejam, por vezes, capazes de participar em actividades realizadas nas instituições ou que simplesmente não tenham motivação para tal. Apesar de os idosos da nossa amostra que frequentam centros de dia serem os que apresentam mais sintomas ansiosos e depressivos, não deixa de ser preocupante a existência desta sintomatologia em idosos residentes em lares. Geralmente estes idosos sentem-se abandonados e postos de lado, como se já não pertencessem à sociedade (Pombo & Couvaneiro, 2006).

Observando os idosos avaliados para o nosso estudo, tivemos conhecimento de que muitos são como que “entregues” às instituições como que se de uma mercadoria se tratasse. A maioria é viúva, sendo que estão sozinhos, ainda que

partilhem o mesmo espaço com tantos outros idosos. Este sentimento de que estão sós no mundo, o sentimento de abandono e de inutilidade perante a vida, provoca o grande crescimento de sintomas ansiosos e depressivos.

É sabido que a participação em actividades de lazer, assim como em actividades de grupo, são necessárias e essenciais para uma melhor qualidade de vida destes idosos (Celestino, 2009), no entanto, a apatia em que estes vivem, a perda de capacidades cognitivas, de interesse e de motivação para a participação nestas actividades contradizem esta necessidade.

São necessários cuidados de saúde primários tanto para a prevenção como para o diagnóstico e conseqüente tratamento dos sintomas ansiosos e depressivos. É necessária uma maior disponibilidade de serviços psicológicos para pessoas mais velhas, a fim de melhorar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, assim proporcionar uma melhor saúde mental (Graham, Champion, Kaiser, & Edwards, 2011).

Considerámos limitações do nosso estudo o facto de a GDS ter uma linguagem um pouco confusa para esta faixa etária, principalmente, com declínio cognitivo grave. Seria importante, para um estudo futuro, a adaptação da linguagem deste instrumento. Uma outra limitação é o facto de não termos conhecimento de há quanto tempo estes idosos estão institucionalizados, sendo que seria igualmente importante termos conhecimento de qual a condição dos idosos quando entraram para a instituição. Estudos futuros seriam necessários para podermos afirmar se os idosos foram para a instituição devido a terem declínio cognitivo grave ou se começaram a apresentar este declínio após frequentarem a instituição.

Seria igualmente importante fazer-se este mesmo estudo numa amostra de idosos não institucionalizados para assim podermos comparar os resultados.

Referências Bibliográficas

- Airaksinen, E. (2006). *Cognitive functions in depression and anxiety disorders : findings for a population-based study*. Dissertação de mestrado não publicada, Karolinska Institutet, Estocolmo.
- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Reynolds, C. F., Carpenter, D., & Docherty, J. P. *The expert consensus guideline series: depression in older adults*. (2001). Nova Iorque: Expert Knowledge Systems.
- Alwahhabi, F. (2003). Anxiety Symptoms and Generalized Anxiety Disorder in the Elderly: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(4). doi: 10.1080/10673220390235331
- Alzheimer Portugal (2010). A prevalência da demência. Acedido em, 27, Junho, 2011, em <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>
- Ávila, R., Bottino, C. (2006) Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 316-20.
- Balcombe, N., & Sinclair, A. (2001). Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 15, 835-49.
- Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Barroso, V. (2006). Orfãos geriatras: 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=
- 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.

- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Blanchard, M. R., Waterraus, A., Mann, A. H. (1994). The nature of depression among older people in inner London and the contact with primary care. *British Journal of Psychiatry*, 164, 396-402.
- Boddice G, Pachana NA, Byrne GJ. (2008). The clinical utility of the geriatric anxiety inventory in older adults with cognitive impairment. *Nurs Older People*, 20(8), 36-9.
- 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.
- Born, T. (1996). Cuidado ao idoso em instituição. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (pp. 403-414). São Paulo: Atheneu.
- Burns, A., & Zaudig, M. (2002). Mild cognitive impairment in older people. *Lancet*, 360, 1963-1965.
- Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 74-80.
- Byrne, S., Dissanayaka, N., Pachana, N., Mellick, G., O'Sullivan, J., Silburn, P., ... Marsh, R. (2010). Research: Validity and reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in Parkinson's disease. *Australasian Journal on Ageing*, 487(1), 1-4. doi: 10.1111/j.1741-6612.2010.00487.x
- Caixeta, L. (2004). *Princípios gerais do diagnóstico das demências* (pp. 79-88). São Paulo: Lemos Editorial.
- 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.

- Casten, R., Parmelee, P., Kleban, M., Lawton, M., & Katz, I. (1995). The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Elsevier Scienc*, 61, 271-276.
- Celestino, F. (2009). *Enfrentamento, qualidade de vida, Estresse, Ansiedade e Depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: avaliações e correlações*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o Envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(12), 79-82.
- 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.
- Costa, M.A., Agreda, J.J., Ermida, J.C., Cordeiro, M.P., Almeida, M.L., Cabete, D., ... Lastra, C. (1999). *O idoso – Problemas e realidades* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Diefenbach, G. J., & Goethe, J. (2006). Clinical interventions for late-life anxious Depression. *Clinical Interventions in Aging*, 1(1), 41-50.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S. A., & Gilliam, C. M. (2009). Assessment of Anxiety in Older Home Care Recipients. *The Gerontologist*, 49(2), 141-153. doi:10.1093/geront/gnp01
- Duro, D., Simões, M., Ponciano, E., & Santana, I. (2010). Validation studies of the Portuguese experimental version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): confirmatory factor analysis. *Journal of Neurology*, 257, 728-734. doi: 10.1007/s00415-009-5399-5
- 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.
- Filho, E.T.C., & Netto, M.P. (2000). *Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica* (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Flint, A. J. (1999). Anxiety disorders in late life. *Canadian Family Physician*, 45, 2672-2679.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- Gellis, Z., & McCracken, S. (2007). Anxiety disorders among older adults: literature review. *National Center for Gerontological Social Work Education*
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.
- Graham, C. C., Champion, J., Kaiser, P., & Edwards, K. (2011). *Management of depression in older people: why this is important in primary care*. Acedido em 15, Junho, 2011, em <http://www.nmhdu.org.uk/silo/files/management-of-depression-in-older-people.pdf>
- Hanninen, T., Koivisto, K., Reinikainen, K., Helkala, E. L., Soininen, H., Mykkanen, ... Riekkinen, P. J. (1996). Prevalence of Ageing-associated Cognitive Decline in an Elderly Population. *Age and Ageing*, 25201-205.
- Hofman, A., Rocca, W. A., Brayne, C., Breteler, M. M., Clarke, M., ... Amaducci, L. (1991). The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *International Journal of Epidemiology*, 20(3), 736-48.
- 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.
- INE (2001). *Óbitos pela doença de Alzheimer*.
- Junior, J., Silva, R., Gomes, G., Teixeira, E., & Bastos, O. (Teoria da mente e depressão em idosos institucionalizados. *Neurobiologia*, 73 (3), 143-149.
- Júnior, R., & Tavares, M. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, (9)16, 147-58.
- 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.

- Lata, M., Walia, L. (2007). Ageing: Physiological Aspect. *Journal of Medical Education and Research*, 9(3),
- Lenze, E., Mulsant, B., Shear, M., Schulberg, H., Dew, M., Begley, A., Pollock, B., & M.D., Reynolds C. (2000). Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 722-728.
- Liu-Ambrose, T. Y., Ashe, M. C., Graf, P., Beattie, B. L., Khan, K. M. (2008). Increased Risk of Falling in Older Community-Dwelling Women With Mild Cognitive Impairment. *Physical Therapy*, 88(12), 1482-1491.
- Machado, J., Ribeiro, R., Leal, P., & Cotta, R. (2007). Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-Minas Gerais. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 10(4), 592-605.
- Martin, J. A. (2002). *Qualitative scoring of the Rey-15 Item memory test in a forensic population*. Dissertação de mestrado não publicada, Louisiana State University, EUA.
- Martin, L., Fleming, K., & Evans, J. (1995). Recognition and Management of Anxiety and Depression in Elderly Patients. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 70, 999-1006.
- Martins, M. (2007). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Estudos de validação em grupos com Défice Cognitivo Ligeiro e Demência*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mendes-Chiloff, C. (2006). *Estudo da prevalência dos sintomas depressivos e declínio cognitivo de idosos internados num Hospital de Ensino*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo.
- 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.
- Monastero, R., Mangialascheb, F., Camardaa, C., Ercolani, S., & Camardaa, R. (2009). A Systematic Review of Neuropsychiatric Symptoms in Mild Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 18, 11-30 11. doi: 10.3233/JAD-2009-1120

- Montorio, I., Nuevo, R., Márquez, M., Izal, M., & Losada, A. (2003). Characterization of worry according to severity of anxiety in elderly living in the community. *Aging & Mental Health*, 7(5), 334–341.
- Nancy A. Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harle, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. doi:10.1017/S1041610206003504
- Nasreddine, S., Phillips, A., Bedirian, V. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 695–699.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005)., The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4):695-9.
- OMS. (2002). Relatório Mundial de Saúde 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Coimbra: Gabinete Editorial De Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Oliveira, D., Gomes, L., Oliveira, R. (2006).Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 734-6.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvine, M., & Néri, A. (2006). Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- Orestes & Forlenza. (2000). Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 87-95. doi:10.1590/S1516-44462000000200010

- Pachana, N., Byrne, G., Siddie, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114. doi: 10.1017/S1041610206003504
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual* (3^a ed.). Open University Press: New York.
- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., ... 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.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5^a 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. (2010). Clinical trials for early (pre-dementia) alzheimer ' s disease: a case for mild cognitive impairmet. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(4), 304-305.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C.A., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders, *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223 – 236. doi: 10.1080/07317110802678680
- Pombo, A., & Couvaneiro, C. (2006). Idosos: identidade e representações sociais. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 10, 821-829.
- Porzych K., Kłodziora-Kornatowska K., Porzych M., Polak A., & Motyl J. (2005) Depression and anxiety in elderly patients as a challenge for geriatric therapeutic team. *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*, 50(1), 272-275.
- Rabelo, D. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, (1), 56-68.
- Rahman, T. (2006) . *Anxiety and Depression in Lone Elderly Living at Their own Homes & Going to Geriatric Clubs Versus Those Living at Geriatric Homes or Anxiety and Depression in Lone Elderly*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Cairo.

- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ribeiro, O., Paul, C., Simoes, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 1, 1-7. doi:10.1080/13607863.2011.562177
- Roy, R. (2007). *Depression and Suicide in Older Adults*. Acedido em 20, Junho, 2011, em <http://www.personalityresearch.org/papers/roy>
- Russo, C. (2008). *Influência do meio ecológico e da autonomia funcional nos níveis de depressão e de ansiedade face à morte, em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Shankar, K. K., Orrel, M. W. (2000). Detecting and managing depression and anxiety in people with dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 55-59.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): *Recent evidence and development of a shorter version*. (pp. 165-173). New York: Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention.
- Simões, M. R., Firmino, H., Vilar, M., & Martins, M. (2007). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão experimental portuguesa*. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M.S., Gaspar, ... 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, XXVIII, 209-226.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Motriz, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *MOTRIZ - Revista de Educação Física*, (8)3, 91-98.
- Sott, D. J. (2006). Cognitive decline in ageing. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 1: 21-5.

-
- Taha, T. & Rahman, A. (2006) *Anxiety and Depression in Lone Elderly Living at Their own Homes & Going to Geriatric Clubs Versus Those Living at Geriatric Homes or Anxiety and Depression in Lone Elderly*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Cairo.
- 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.
- 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(1), 37-49.