



JOANA MARGARIDA MARQUES PERES

Joana Margarida Marques Peres

A INCAPACIDADE PERCEBIDA E A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL COMO CORRELATOS DA ANSIEDADE NA IDADE AVANÇADA: ESTUDO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação de Mestrado



INSTITUTO SUPERIOR
MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

2020

6mm

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais

A incapacidade percebida e a desregulação emocional como correlatos da ansiedade na idade avançada: Estudo numa amostra de idosos institucionalizados

JOANA MARGARIDA MARQUES PERES

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

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, outubro de 2020

Agradecimentos

Com a realização desta dissertação, quero agradecer a várias pessoas que me apoiaram, direta e indiretamente. Grata por toda a ajuda, paciência e compreensão.

Quero começar por agradecer à Professora Doutora Helena Espírito-Santo, orientadora desta dissertação, que sempre ofereceu incentivo, disponibilidade e sabedoria.

Grata também pela permissão das instituições, Lar Sant'Ana e Centro de Dia de São Paio de Gramaços, na recolha de dados e, especialmente, à boa vontade dos idosos que participaram, tanto institucionalizados como da comunidade.

Quero agradecer também aos colegas de mestrado por toda a partilha de experiências, momentos e dúvidas que surgiram ao longo deste percurso.

À família e amigos, por todo o acompanhamento nas fases boas e encorajamento para continuar nas fases mais difíceis.

E, finalmente, aos meus avós maternos, que são as minhas estrelinhas e acredito que me guiam sempre pelo melhor caminho.

A todos: um sincero e profundo obrigado!

Resumo

Objetivos: Este estudo teve como objetivos avaliar a ansiedade, incapacidade percebida e desregulação emocional nos idosos institucionalizados, comparando com idosos da comunidade, e estudar os correlatos da ansiedade no que diz respeito a variáveis sociodemográficas e clínicas, incapacidade percebida e desregulação emocional.

Métodos: A amostra foi constituída por 326 pessoas idosas, sendo 209 da comunidade e 117 institucionalizados, com idades compreendidas entre os 60 e 91 anos ($M \pm DP = 81,80 \pm 7,80$) e a maioria do sexo feminino (Amostra Global = 63,2%). Os instrumentos centrais deste estudo foram o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS-2) e a *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 16 items* (DERS-16).

Resultados: Nos idosos institucionalizados, não houve diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI pelos sexos, não houve correlação do GAI com o WHODAS-2, nem houve correlações do GAI com os fármacos. Por sua vez, nos idosos da comunidade, houve diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, houve correlação do GAI com o WHODAS e com a DERS-16 e verificaram-se correlações estatisticamente significativas com os antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, bloqueadores beta e outros fármacos.

Conclusão: Este estudo mostrou que a ansiedade se correlaciona com a incapacidade percebida e a desregulação emocional, bem como com algumas das variáveis sociodemográficas e clínicas, nos idosos da comunidade. Tais indicadores podem ser úteis para familiares e cuidadores estarem alertas para o caso de os idosos experienciarem sintomatologia ansiosa. Assim, é pertinente um diagnóstico e acompanhamento precoces e adequados, para que assim os idosos possam ter um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Ansiedade; População Idosa; Institucionalização; Ansiedade; Incapacidade Percebida; Desregulação Emocional

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the anxiety, perceived disability and emotional dysregulation in institutionalized seniors, compared with community seniors, and evaluate the correlates of anxiety with sociodemographic and clinical variables, perceived disability and emotional dysregulation.

Method: The sample consisted of 326 older people, 209 were community seniors, and 117 institutionalized seniors, aged between 60 and 91 years ($M \pm SD = 81,80 \pm 7,80$), and the majority was female (Global Sample = 63,2%). The central instruments of this study were the *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), the *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS-2), and the *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 16 items* (DERS-16).

Results: In institutionalized seniors, there were no statistically significant differences in the scores of GAI by gender, there was no correlation of GAI with WHODAS-2, nor were there correlations of GAI with drugs. In turn, in the seniors of the community, there were statistically significant differences between the sexes, there was a correlation of GAI with WHODAS and DERS-16 and there were statistically significant correlations with antidepressants, antipsychotics, benzodiazepines, beta blockers and other drugs.

Conclusion: This study revealed that anxiety correlates with perceived disability and emotional dysregulation, as well as with some of the socio-demographic and clinical variables, in the seniors of the community. Such indicators can be useful for family members and caregivers to be alert if the seniors experience anxious symptoms. Thus, an early and adequate diagnosis and follow-up is pertinent, so that the older people can have a healthy aging.

Keywords: Anxiety; Older People; Institutionalization; Anxiety; Perceived Disability; Emotional Dysregulation

Introdução

Sendo Portugal um país envelhecido, com aproximadamente 157 idosos por cada 100 jovens (PORDATA, 2018), é pertinente estudar os problemas de saúde mental que se associam a esta fase da vida. Exemplo disso é a ansiedade, variável dependente deste estudo, que tem mostrado ser um problema prevalente na idade avançada (Daniel et al., 2015). Estimando a prevalência de perturbações ansiosas, estas podem variar entre 1,2% a 15% em amostras comunitárias de idosos, 1% a 28% em amostras clínicas e atingir os 43% em idosos hospitalizados (Daniel et al., 2015; Therrien & Hunsley, 2012). Sousa et al. (2017) afirmam, no mesmo sentido que o estudo anterior, que a prevalência da ansiedade gira em torno dos 10% na comunidade (Daniel et al., 2015; Therrien & Hunsley, 2012).

A ansiedade é descrita como uma entidade clínica composta por “sentimentos de medo acompanhados de tensão precordial ou desconforto” (Bound, 2004). Pode ser desencadeada por fatores diversos (e.g., individuais, sociais, situações, pessoas ou lugares específicos) e é proveniente de disfunções químicas e cerebrais relacionadas com a amígdala (Bound, 2004; Daniel et al., 2015). A sintomatologia ansiosa é frequente e, por vezes, ocorre sem razão aparente. A componente vegetativa traduz-se em alterações na respiração, sudorese, taquicardia, entre outras, em resposta a uma situação encarada como perigosa e, assim, protetora do organismo (Johansen, 2013). É uma reação maioritariamente adaptativa, porém estudos demonstram que a doença pode vir a desempenhar um papel debilitante em qualquer fase da vida (Johansen, 2013; Kessler et al., 2005). Ainda assim, a ansiedade nos idosos, especificamente, manifesta-se através de medo, preocupação, irritabilidade, incapacidade de concentração, bem como em perturbações do sono (Cheng et al., 2020; Daniel et al., 2015).

Apesar de nem sempre serem objeto de pesquisa na idade avançada, as perturbações ansiosas são frequentes em idosos (Andreescu & Varon, 2015; Pachana et al., 2007). Fernández-Blázquez et al. (2015) afirmam que as perturbações ansiosas nos idosos são um preditor prematuro de défice cognitivo e conversão para a demência. O estudo de Santabárbara et al. (2019) vai de encontro aos autores anteriores e mostra que a ansiedade clinicamente significativa aumenta quase três vezes o risco de demência, comparando com os não-casos. Para além disso, considerou-se que alguma dessa ansiedade possa ser advinda das dificuldades de memória precocemente percebidas (Santabárbara et al., 2019).

A chamada *ansiedade geriátrica* poderá ser o resultado de um acumular de prejuízos físicos e cognitivos vindos de várias problemáticas (e.g., défice cognitivo, doenças neurodegenerativas, demência e outras patologias médicas); tais prejuízos físicos e cognitivos podem influenciar os

níveis de ansiedade, especialmente em ambiente institucional (Boddice et al., 2008; Bryant et al., 2008; Daniel et al., 2015). Contrariamente, Namorado (2013) não encontrou associação entre o estado afetivo-emocional e o tempo do idoso na instituição. Outros fatores relativos à institucionalização na população portuguesa, para além dos sintomas ansiosos, são perda de autonomia, perda de suporte social e sentimentos de solidão (Amaro da Luz & Miguel, 2015; Daniel et al., 2015). Lini et al. (2016) indicam que os fatores predisponentes para a institucionalização são a ausência do cônjuge, não ter filhos, comprometimento cognitivo e dependência de terceiro para atividades diárias.

A idade avançada pode tornar a ansiedade uma ameaça para os idosos, contudo as estratégias de *coping* que adquiriram ao longo da vida podem ter-lhes dado resiliência para a enfrentar (Hellwig & Domschke, 2019). Barakat et al. (2019) afirmam que os resultados de ansiedade em lares foram particularmente altos, mostrando que mais de um terço dos institucionalizados tem maiores níveis de ansiedade que os não institucionalizados. Bernardino (2013) corrobora o autor anterior mostrando maior taxa de sintomatologia ansiosa nos idosos institucionalizados, tendo estes várias patologias associadas. Oliveira et al. (2006) indicou que os idosos institucionalizados apresentam mais dificuldades físicas e psicológicas, e que os sintomas de ansiedade se devem ao sentimento constante de abandono e instabilidade em relação ao futuro. É frequente os idosos assistirem à perda dos seus entes queridos e, com isso, experienciarem solidão e sintomatologias ansiosa e depressiva, muitas vezes exigindo a institucionalização (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016). Com o avançar da idade, pela incapacidade percebida, é frequente que os idosos necessitem de ajuda nos cuidados básicos, cuidados esses que nem sempre a família está apta para prestar (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016). Dada a impossibilidade de atenderem às necessidades do idoso, os familiares recorrem a lares para tal, sendo esta mudança propícia a alterações emocionais (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016). Singh et al. (2017) apontam para a importância da família na idade avançada e que, a falta da mesma, pode significar redução na qualidade de vida do idoso, solidão, ansiedade e depressão. De facto, o empenho da família nos cuidados é fundamental e representa segurança e proteção na perda de independência do idoso (Avelino et al., 2013). Rodrigues (2016) corrobora os autores anteriores, afirmando que a sintomatologia ansiosa tende a piorar quando o idoso não tem o suporte social indicado. No caso de desequilíbrio familiar, é importante que os profissionais de saúde escutem o idoso, para que ele possa expressar-se, permitindo que haja troca de informações e, assim, melhor relação com a família e com o lar (Avelino et al., 2013). A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, propõe desafios à promoção de uma longevidade ativa e saudável (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017).

Uma longevidade ativa e saudável traduz-se em oportunidades na saúde, participação, segurança e intervenções a diferentes níveis para lidar com ameaças resultantes da vulnerabilidade (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017). Por *ativo* entende-se atividade nas mais diversas áreas da vida (e.g., cultural, espiritual, económica, cívica e social) e por *saudável* entende-se a capacidade funcional, tanto a nível físico como mental (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017; World Health Organization, 2002, 2015). Nesse seguimento, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), define a *funcionalidade* como todas as funções do corpo, atividades e participação, do mesmo modo que a *incapacidade* inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (Organização Mundial da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Sendo o envelhecimento composto por inúmeros aspetos, especialmente pela diminuição na funcionalidade e na capacidade de recuperar do *stress*, é um processo que envolve maior probabilidade de adoecimento, dependência de terceiros e isolamento (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016). Outros fatores comuns no envelhecimento, responsáveis pelo comprometimento progressivo da saúde, são: mobilidade reduzida, fragilidade, dor crónica e outros problemas de saúde (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016). Singh (2018) aponta que esses outros problemas de saúde são o declínio auditivo e visual, doenças cardíacas e diabetes, entre outras. De acordo com Ribeiro et al. (2015), o número de doenças e o estado de saúde percebida são alguns dos fatores que contribuem para a presença de ansiedade clinicamente significativa. A redução no desempenho de certas tarefas diárias apenas é percecionada como real pelos idosos dependência depois de obterem ajuda (Moreira et al., 2016). Rocha et al. (2013) mostram que o tempo de institucionalização influencia a capacidade física, assim como Fabrício-Wehbe et al. (2016) apontam para a institucionalização como contributo para a fragilidade (e.g., declínio funcional, dependência, quedas) no idoso. Os autores anteriormente mencionados são corroborados por Fluetti et al. (2018), indicando que uma maior fragilidade se correlaciona com um menor desempenho das atividades básicas da vida diária.

Para a vivência da ansiedade e da incapacidade percebida, o papel das dimensões emocionais é de relevo (Andreescu & Varon, 2015; Sheppes et al., 2015), sabendo-se que a regulação emocional é a habilidade de processar emoções (Gross & Muñoz, 1995). A regulação emocional engloba a capacidade de consciencialização e de compreensão das emoções; a capacidade de aceitação das emoções negativas; a capacidade de envolvimento em comportamentos orientados para um fim, controlando os comportamentos impulsivos; e a flexibilização das estratégias reguladoras de acordo com as situações (Gratz & Roemer, 2004).

Num estudo de Schirda et al. (2016), foi indicado que os idosos mais velhos utilizam mais frequentemente estratégias adaptativas, especialmente em situações de elevada ansiedade, quando comparados com idosos mais novos (Schirda et al., 2016). Para além disso, os idosos apresentaram maior aceitação em situações que provocam ansiedade ou tristeza (Schirda et al., 2016). Como foi reportado em Smith e Hollinger-Smith (2015), tais resultados podem estar relacionados com uma maior de satisfação com a vida e menos sintomas depressivos, dependendo do nível de resiliência de cada um. Adicionalmente, English et al. (2017) relatam que é comum os idosos evitarem o conflito e, muitas vezes, o envolvimento na regulação emocional traduz-se na tentativa de melhorar o humor de terceiros.

Para além da regulação emocional, que poderá ser considerada como um fator de manutenção da ansiedade, há que considerar o papel dos fatores antecedentes à mesma. A ansiedade é, por seu turno, a causa ou fator antecedente de outros problemas. Pode ser um produto de diversos fatores específicos da idade, como a incapacidade percebida ou declínio da atividade física, diminuição do envolvimento social, declínio cognitivo, perceção de saúde como fraca, solidão, fraca qualidade e satisfação com a vida, tédio e redução das atividades sociais de lazer (Bourland et al., 2000; Farbus & Greaves, 2006; Hellwig & Domschke, 2019; Lenze et al., 2001; Losada et al., 2014). A incapacidade percebida pode, assim, ser, quer a causa, quer o produto da ansiedade. É importante referir que as perturbações ansiosas, não sendo tão exploradas como, por exemplo, as depressivas, contribuem para angústia, incapacidade percebida e risco de mortalidade (Andreescu & Varon, 2015), depressão (American Psychiatric Association, 2014; Potvin et al., 2013; Sami & Nilforooshan, 2015) e incapacidade percebida (Brenes et al., 2005).

Em suma, da revisão da literatura foi possível apreender que a ansiedade nas pessoas idosas é frequente e pode ser debilitante (Andreescu & Varon, 2015; Johansen, 2013; Kessler et al., 2005; Pachana et al., 2007). Também comum no envelhecimento, é a deterioração da saúde, causadora de problemas diversos nos idosos, ocasionando dependência de terceiros, institucionalização e, com isso, maior probabilidade de labilidade emocional (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016). A perda de autonomia nas rotinas diárias, devido à incapacidade percebida, contribui para a fragilidade, que por sua vez pode estar associada a funções cognitivas alteradas (Fluetti et al., 2018; Furtado et al., 2019; Rocha et al., 2013). Inerente à perda de autonomia relacionada com a institucionalização, estão associadas a solidão, sintomatologia ansiosa, incapacidade física e fragilidade (Amaro da Luz & Miguel, 2015; Daniel et al., 2015; Fabrício-Wehbe et al., 2016; Rocha et al., 2013).

Objetivos

Com este estudo, pretendeu avaliar-se a ansiedade, incapacidade percebida e desregulação emocional nos idosos institucionalizados, comparando com idosos da comunidade. Para além disso, pretendeu estudar-se os correlatos da ansiedade no que diz respeito a variáveis sociodemográficas e clínicas, incapacidade percebida e desregulação emocional. Recorremos a uma amostra igual de pessoas idosas da comunidade para comparar com a amostra de pessoas idosas institucionalizadas. Os idosos institucionalizados abrangeram idosos em lar, centro de dia e apoio domiciliário.

Materiais e Métodos

Âmbito geral do estudo

Os dados desta investigação fazem parte de um projeto denominado *Trajelórias do envelhecimento: desempenho cognitivo, estado emocional, padrões de comportamento e suas mudanças longitudinais em pessoas idosas institucionalizadas de Coimbra* (PTE), criado pela Professora Doutora Helena Espírito Santo. Como o próprio nome indica, no projeto avaliou-se a saúde cognitiva, mental e física de pessoas idosas institucionalizadas da região centro de Portugal. O projeto iniciou-se em 2010, partindo de uma proposta do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), tendo como parceiro o Centro de Estudos da População Economia e Sociedade (Daniel et al., 2015).

Participantes

O presente estudo conta com uma amostra de 326 indivíduos e é constituído por dois grupos: Comunidade ($n = 209$) e Institucionalizados ($n = 117$). Os participantes deste estudo foram recrutados por amostragem de conveniência geográfica. Grande parte dos sujeitos pertenceu à região Centro (95,1%; 84,4% do distrito de Coimbra), pertencendo os restantes a Lisboa (4,6%) e região Norte (0,3%).

Foram critérios de inclusão a idade mínima de 60 anos, ser-se institucionalizado ou da comunidade, conhecer e consentir participar no presente estudo. Os critérios de exclusão foram a presença de alguma doença mental e alterações na competência motora que impossibilitassem a avaliação.

Do total das instituições que permitiram que a avaliação fosse realizada, houve 475 potenciais idosos institucionalizados para participarem na investigação, e 73 desses idosos (15,4%) não foram entrevistados por estarem acamados, por várias doenças físicas (e.g., cancro) e neurocognitivas (e.g., quadros demenciais). De modo adicional, 282 idosos (59,4%) não foram

entrevistados pela impossibilidade de abordar todos os utentes no tempo disponível para tal e, depois disso, devido ao encerramento das instituições devido à pandemia do COVID-19.

A dimensão da amostra foi adequada de acordo com uma pré-análise do poder estatístico com o software G* Power (Faul et al., 2007) que revelou que o tamanho da amostra foi adequado para detetar efeitos médios ($w = 0,3$; $d = 0,5$; $f = 0,25$; $r = 0,5$) para obter um poder $> 0,80$, com $\alpha = 0,05$ para os respetivos testes estatísticos (qui-quadrado, teste t , ANOVA e correlações).

Procedimentos

Os procedimentos realizados neste estudo acompanharam os procedimentos do projeto em que se insere. Numa fase inicial conheceu-se cada instrumento presente na bateria, com o intuito de dominar cada um deles. Para recolha de dados, na população institucionalizada (lares, centros de dia e apoio domiciliário), foram solicitadas as autorizações nas instituições para a realização do estudo nos idosos residentes. Na comunidade, os indivíduos foram recrutados através de pessoas conhecidas dos avaliadores e vizinhos dessas mesmas pessoas. No recrutamento, houve algumas recusas, havendo sete em lar (1,5%), onze em centro de dia (2,3%) e cinco na comunidade (6,7%).

A avaliação foi composta por uma bateria de quinze testes e, depois de preenchidos o consentimento informado e o questionário sociodemográfico, passou-se à administração dos restantes instrumentos, oito de carácter psicológico e sete de carácter neurológico. Os testes foram os seguintes: *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS-12), *Frontal Assessment Battery* (FAB), *Geriatric Depression Scale – 8 itens* (GDS-8), *Teste do Relógio de Shulman* (TR-S), *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Teste das Trilhas - I* (TT-I), *Aggression Questionnaire* (AQ-12), *Mini-Addenbrooke* (M-ACE), *Toronto Alexythimia Scale - 20 itens* (TAS-20), *Draw a Person* (DAP-IQ), *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 16 itens* (DERS-16), *Teste das Trilhas - clássico* (TS-C), *Barratt Impulsiveness Scale – 15 itens* (BIS-15), *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI) e o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI). Este estudo focou-se nos três testes seguintes: *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS-2) e *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 16 itens* (DERS-16).

Durante a avaliação, foi explicado a cada entrevistado o conteúdo da investigação a que se submetia e que, ao consentir a sua participação na mesma, não o inibia de poder recusar a qualquer momento. De início, devido à extensão do protocolo, foi estabelecida uma pausa a meio, de modo a ser administrado em dois momentos, com o objetivo de não desmotivar o entrevistado. Essa pausa não foi respeitada, pois em alguns participantes foi possível o

protocolo ser administrado de uma só vez; noutros houve pausa, mas não necessariamente a meio e, sim, onde houve recusa verbal do próprio a continuar. O pedido de pausa por parte do entrevistado deveu-se provavelmente à fadiga, incapacidade de responder ao pedido, medo de falhar, baixa escolaridade e extensão do protocolo.

Cerca de um mês depois da avaliação, foram reavaliados 55 sujeitos (fidedignidade teste-reteste), escolhidos aleatoriamente ou seguindo a ordem das primeiras avaliações feitas, de modo a que não ocorresse viés na seleção.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos

O questionário de dados sociodemográficos e clínicos visou recolher todos os dados considerados pertinentes para a investigação. O questionário recolheu os seguintes dados do participante: instituição e tempo da institucionalização (caso se aplique), sexo, data de nascimento, idade (recodificado em 60-69, 70-79, 80-89 e ≥ 90), residência atual e tipo de meio (urbano, misto ou rural) onde reside ou residia, no caso de ser institucionalizado, assim como a nacionalidade e a profissão prévia principal [recodificado no Manual (e.g., agricultores, trabalhadores agrícolas e pescadores qualificados) e intelectuais (e.g., equipa administrativa e semelhantes)]. Também foi possível averiguar o nível de escolaridade, os anos de escolaridade, o estado civil e a lateralidade manual. De seguida, reuniu-se informação acerca de acompanhamentos psicológico/psiquiátrico e neurológico atuais e passados, bem como o(s) diagnóstico(s) do(s) mesmo(s). Por fim, foi apontada a medicação que o participante fazia no momento, tendo em conta que pode ter (ou não) impacto cognitivo na pessoa idosa.

Geriatric Anxiety Inventory

O *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI, versão original de Pachana et al. (2007); tradução e validação de Daniel et al. (2015) é constituída por 20 itens e permite avaliar a sintomatologia ansiosa em pessoas idosas. Construído por Pachana et al. (2007), o GAI é um instrumento confiável, fácil e direcionado para a população envelhecida. É de resposta dicotómica simples (“concordo” ou “discordo”) e aplicável em poucos minutos. A sua variação é de zero a vinte pontos, sendo que maior pontuação corresponde a maiores níveis de ansiedade, e o ponto de corte é 10/11 (Daniel et al., 2015). Relativamente às características psicométricas, demonstrou ter uma consistência interna adequada, confiabilidade no teste-reteste e validade concorrente (Pachana et al., 2007). A versão original do instrumento apresentou um alfa de Cronbach de 0,91 (Pachana et al., 2007), a versão portuguesa de 0,94 (Daniel et al., 2015) e de 0,93 neste estudo (Tabela 1).

World Health Organization Disability Assessment Schedule-2

O *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0, desenvolvido pela World Health Organization, 2010; traduzido e validado para população portuguesa por Moreira et al. (2015) avalia a incapacidade percebida que o doente poderá ter tido nos últimos 30 dias (incapacidade, disfuncionalidade ou desabilidade física). Para avaliar as dificuldades do idoso em realizar certas tarefas, a escala é constituída por 12 itens de resposta escala tipo Likert, de zero a quatro, em que “zero” é “nenhuma”, “um” é “leve”, “dois” é “moderada”, “três” é “grave” e “quatro” é “extrema ou não consegue fazer”. O WHODAS 2.0 inclui ainda três perguntas sobre durante quantos dias em concreto o doente sentiu a sua funcionalidade afetada. De acordo com Üstün et al. (2010), a pontuação total varia entre zero, correspondendo a nenhuma incapacidade, e 100, correspondendo a incapacidade total. O WHODAS 2.0 demonstrou ser adequado para investigar a saúde da população e, mesmo sendo a incapacidade uma condição individual influenciada por vários fatores, a sua abordagem centra-se no doente (Veiga et al., 2016). Esta versão do WHODAS abrange duas questões por cada um dos seis domínios (cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação) e apresenta uma boa consistência interna, sendo o alfa de Cronbach de 0,86 (Moreira et al., 2015). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,93 (Tabela 1).

Difficulties in Emotion Regulation Scale-16

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS-16, desenvolvido por Gratz e Roemer (2004), versão reduzida por Bjureberg et al. (2015); versão portuguesa de Espírito-Santo (2019) é composto por 16 itens que avaliam os seguintes cinco parâmetros: *Clareza*, *Objetivos*, *Impulso*, *Estratégias* e *Não-aceitação*. A *Clareza* está presente nos Itens 1 e 2; os *Objetivos* nos Itens 3, 7 e 15; o *Impulso* nos Itens 4, 8 e 11; as *Estratégias* nos Itens 5, 6, 12, 14 e 16; e a *Não-aceitação* nos Itens 9, 10 e 13. A resposta é dada numa escala tipo Likert, de 1 a 5, onde 1 é “quase nunca”, 2 é “às vezes”, 3 é “cerca de metade do tempo”, 4 é “maior parte do tempo” e 5 é “quase sempre”. As pontuações deste instrumento variam entre 16 e 80, refletindo maiores níveis de desregulação nos valores mais altos (Bjureberg et al., 2015). No que diz respeito aos níveis de consistência interna, a versão original mostra um valor de alfa de Cronbach de 0,93 (Gratz & Roemer, 2004), sendo o valor encontrado no presente estudo de 0,96 (Tabela 1).

Análise estatística

Para avaliar a consistência interna, realizou-se a análise de confiabilidade das escalas GAI, WHODAS 2.0 e DERS e suas subescalas através do alfa de Cronbach (Pallant, 2016). Valores encontrados acima de 0,90 podem refletir redundância em vez de homogeneidade (Streiner, 2003). Realizou-se a caracterização sociodemográfica da amostra através da média e do Qui-quadrado de independência χ^2 . Fez-se a caracterização clínica dos dois grupos através do Qui-quadrado da aderência e o Teste *t* de Student, onde mais tarde foi calculado o tamanho do efeito (ϕ) e o tamanho do efeito *g* de Hedges, respetivamente. Calcularam-se a média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximos dos instrumentos usados na investigação (GAI, WHODAS, DERS) e as respetivas diferenças entre grupos, usando o teste *t* de Student e o tamanho do efeito *g* de Hedges. Procedeu-se à comparação do GAI entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, recorrendo ao teste *t* de Student para amostras independentes e análise de variância (ANOVA). Depois calculou-se o respetivo tamanho de efeito (*d* de Cohen ou *g* de Hedges consoante o *n* dos grupos). Também se procedeu à comparação do GAI entre os grupos definidos pelas variáveis clínicas utilizando-se a análise de variância (ANOVA) e o correspondente tamanho do efeito. Cohen (1988) definiu uma correlação “pequena” de 0,10 a 0,29, “moderada” de 0,30 a 0,49 e “grande” de 0,50 a 1,00. De seguida, foram calculadas as correlações de Pearson entre a ansiedade geriátrica (*Geriatric Anxiety Inventory*), a incapacidade percebida (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) e a desregulação emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) e, por fim, foi calculado o coeficiente de determinação ($R^2 = r^2 \times 100$).

Para o tratamento e a análise estatística dos dados obtidos recorreremos ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 26.0 para *Windows*, SPSS, 2012).

Resultados

Análises preliminares

Consistência Interna

Os valores do *alfa de Cronbach* apresentados na Tabela 1 são para a análise da consistência interna do GAI, WHODAS e DERS. Tanto em relação ao GAI e WHODAS, como em relação ao GAI e DERS e suas subescalas, os valores de consistência interna indicam boa fiabilidade nos dois grupos (acima de 0,80). Muitos valores encontrados foram acima de 0,90, o que é considerado alta fiabilidade e muitas vezes sugere redundância ao invés de homogeneidade (Streiner, 2003).

Tabela 1*Análise de Confiabilidade das Escalas GAI, WHODAS e DERS e suas subescalas (N = 326)*

Grupo	Instrumentos	Subescalas	Alfa Cronbach	
Comunidade (n = 209)	GAI	Total	0,94	
		WHODAS	Total	0,91
	Clareza		0,82	
	Objetivos		0,83	
	DERS		Impulsos	0,88
			Estratégias	0,91
			Não-aceitação	0,85
			Total	0,96
	Institucionalizados (n = 117)		GAI	Total
		WHODAS		Total
Clareza			0,95	
Objetivos			0,87	
DERS			Impulso	0,89
			Estratégias	0,89
			Não-aceitação	0,89
			Total	0,97

Nota. GAI = *Geriatric Anxiety Inventory* (Inventário de Ansiedade Geriátrica); WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde); DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional); n = número de sujeitos.

Caracterização sociodemográfica da amostra

De acordo com a Tabela 2, esta investigação foi constituída maioritariamente pelo sexo feminino. Não se verificou uma associação significativa entre o sexo e o grupo ($p > 0,05$). Relativamente à idade, a faixa etária mais frequente foi a dos 70 aos 79 anos e os dois grupos mostraram diferenças altamente significativas entre eles ($p < 0,001$). Nas habilitações literárias, a média da Amostra Global (AG) foi de 3,42 anos ($DP = 1,32$). A comunidade mostrou ter mais anos de escolaridade ($M = 5,81$; $DP = 4,00$) em comparação com os institucionalizados ($M = 3,57$; $DP = 3,08$). Ainda assim, em ambos os grupos, o mais frequente foram idosos com o 1º ciclo, representando 68,1% da amostra. As diferenças foram altamente significativas entre os dois grupos ($p < 0,001$). A categoria profissional mais frequente foi a manual (62,9%), não havendo diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Relativamente ao estado civil, a AG foi composta por mais idosos casados ou em união de facto (51,5%). O mesmo se verificou na comunidade (62,7%); já nos institucionalizados, o mais frequente foram idosos viúvos(as),

representado 58,7%. Verificaram-se diferenças extremamente significativas ($p < 0,001$). Por fim, na AG, é apontado para o predomínio do meio rural (63,8%), resultado consonante com a comunidade (59,0%) e com os institucionalizados (73,4%). Verificaram-se diferenças muito significativas ($p < 0,01$).

Subamostras comparativamente com a Carta Social, INE e PORDATA

A subamostra da comunidade ficou constituída por 209 participantes (Tabela 2), contando com uma proporção de homens/mulheres idosos similar à da população idosa da região centro ($\chi^2_1 = 0,670$; $p = 0,413$; Instituto Nacional de Estatística (2019). A nível da faixa etária, observou-se uma maior prevalência de idosos na faixa dos 60 aos 69 e dos 70 aos 79 anos, com uma proporção de pessoas por faixa etária não equivalente à da região Centro ($\chi^2_3 = 17,25$; $p = 0,001$). Os participantes desta subamostra, no que diz respeito à escolaridade, pertenciam na grande maioria ao nível do 1º ciclo (67,0%), tendo exercido profissões de carácter manual (61,9%), residido em espaços rurais (57,9%) e sendo na sua maioria casados (64,1%). As proporções por níveis de escolaridade, segundo os dados da PORDATA (2020) para pessoas com mais de 65 anos não são similares ($\chi^2_5 = 42,72$; $p < 0,001$). Quanto à proporção por profissão para idades, tipologia de residência e estado civil acima dos 60 anos, os dados não estão disponibilizados nem no site INE nem no da PORDATA.

A subamostra dos idosos institucionalizados distribuíram-se por centro de dia ($n = 39$; 33,3%), lar ($n = 58$; 49,6%) e apoio domiciliário ($n = 20$; 17,1%). O teste de qui-quadrado da aderência indicou que houve diferenças estatisticamente significativas na proporção de idosos por tipo de resposta social na nossa amostra, quando comparada com a proporção de idosos distribuídos por estas mesmas respostas sociais no distrito de Coimbra (centro de dia: $n = 3166$; 23,1%; lar: $n = 5542$; 40,4%; apoio domiciliário: $n = 5006$; 36,5%; $\chi^2_2 = 19,81$; $p < 0,001$) de acordo com a Carta Social (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

Não houve associação estatisticamente significativa das subamostras com o sexo ($\chi^2 = 2,86$; $p > 0,05$) e categoria profissional ($\chi^2 = 3,38$; $p > 0,05$). Por contraste, houve associação estatisticamente significativa entre as subamostras e faixa etária ($\chi^2 = 115,33$; $p < 0,001$), nível de escolaridade ($\chi^2 = 34,73$; $p < 0,001$), estado civil ($\chi^2 = 48,35$; $p < 0,001$) e espaço urbano ($\chi^2 = 11,01$; $p < 0,01$). A análise do teste t de Student confirmou algumas destas associações com as variáveis independentes. Assim, tanto as idades ($t = 12,51$; $p < 0,001$), como o número de anos de escolaridade, foram diferentes de forma estatisticamente significativa entre as duas subamostras ($t = 5,76$; $p < 0,001$).

Tabela 2*Caracterização Sociodemográfica da Amostra e Grupos (N = 326)*

		Amostra Global		IC (n = 209)		II (n = 117)		χ^2
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	120	36,8	84	40,2	36	30,8	2,86 ^{NS}
	Feminino	206	63,2	125	59,8	81	69,2	
Idade (Faixas etárias) Anos: AG: $M = 75,12 \pm 8,79$ C: $M = 71,38 \pm 7,92$ I: $M = 81,79 \pm 7,80$ $t = 12,51; p < 0,001$	60-69	105	32,2	95	45,5	10	8,5	115,33 ^{***}
	70-79	111	34,0	86	41,1	25	21,4	
	80-89	87	26,7	26	12,4	61	52,1	
	> 90	23	7,1	2	1,0	21	17,9	
Habilitações Literárias (nível) Anos: AG: $M = 3,42 \pm 1,32$ C: $M = 5,86; \pm 4,04$ I: $M = 3,65 \pm 3,06$ $t = 5,59; p < 0,001$	Sem escolaridade	21	6,4	5	2,4	16	13,7	34,73 ^{***, a}
	Sabe ler e escrever ¹	8	2,5	2	1,0	6	5,1	
	1º ciclo	222	68,1	140	67,0	82	70,1	
	2º ciclo	13	4,0	8	3,8	5	4,3	
	3º ciclo	28	8,6	24	11,5	4	3,4	
	Ensino Secundário	20	6,1	18	8,6	2	1,7	
	Licenciatura	13	4,0	11	5,3	2	1,7	
	Mestrado	1	0,3	1	0,5	0	0,0	
Categoria Profissional (N = 312 ^b)	Manual	205	62,9	122	58,4	83	70,9	3,38 ^{NS}
	Intelectual	107	32,8	75	35,9	32	27,4	
Estado Civil	Solteiro	18	5,5	10	4,8	8	6,8	48,35 ^{***}
	Separado(a)/ Divorciado	22	6,7	16	7,7	6	5,1	
	Viúvo (a)	116	35,6	47	22,5	69	59,0	
	Namoro (anos)	2	0,6	2	1,0	0	0,0	
	Casado/ União de facto	168	51,5	134	64,1	34	29,1	
Espaço Geográfico	Urbano	81	24,8	64	30,6	17	14,5	11,01 ^{**}
	Misto	37	11,3	24	11,5	13	11,1	
	Rural	208	63,8	121	57,9	87	74,4	

Nota. AG = Amostra Global; IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizados; χ^2 = Qui-quadrado da independência; ¹ Sem escolaridade. ^aAssociação linear-por-linear; ^bAlguns sujeitos indicaram que estavam reformados e o avaliador não questionou a profissão prévia.

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ^{NS} = Não significativo.

Caracterização clínica da amostra

Pela Tabela 3, pode verificar-se que a Amostra Global e os dois grupos tinham proporções semelhantes no que diz respeito à categoria do diagnóstico, com a maioria dos idosos razoavelmente saudáveis ou com doença sem impacto cognitivo ($p < 0,05$). Relativamente aos psicofármacos, os antidepressivos, antipsicóticos e benzodiazepínicos foram os mais consumidos na amostra global. Em ambos os grupos, as médias destes três fármacos foram mais altas de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$; tamanho do efeito pequeno). No que diz respeito a outros fármacos do SNC, os dopamiméticos foram os mais consumidos entre os grupos, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$; tamanho do efeito pequeno). Relativamente aos fármacos de outros aparelhos orgânicos, os diuréticos foram os mais consumidos entre os grupos, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,01$; tamanho do efeito médio). A média do número total de fármacos com impacto cognitivo (agonistas adrenérgicos-beta, dopamiméticos, antidepressivos, anti-histamínicos, antiépiléticos, antimuscarínicos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, bloqueadores-beta, corticosteroides, descongestionantes, diuréticos) foi de 3,11 ($DP = 3,04$) na AG. A média foi mais alta no grupo dos institucionalizados, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) e o tamanho do efeito médio. Os fármacos com impacto cognitivo são as substâncias acima mencionadas, que consumidas a longo prazo, podem gerar declínio em várias faculdades do idoso: memória, agilidade, estados de consciência, entre muitas outras (Espírito Santo, 2019). Por fim, a média do número total de fármacos na AG foi de 3,37 ($DP = 3,22$), sendo mais alta no grupo dos institucionalizados ($p < 0,01$; tamanho do efeito médio).

Análise Descritivas dos Sintomas Ansiosos, Incapacidade Percebida e Desregulação Emocional

A respeito das pontuações dos instrumentos (Tabela 4), no GAI a média foi mais alta nos institucionalizados ($M = 10,40$; $DP = 6,18$), mas de forma estatisticamente não significativa (tamanho do efeito insignificante). No WHODAS, a média das pontuações foi novamente mais alta nos institucionalizados ($M = 35,51$; $DP = 26,26$) e as diferenças foram estatisticamente significativas (tamanho do efeito médio). Relativamente à DERS, a média da DERS total também foi mais alta nos institucionalizados ($M = 37,08$; $DP = 17,87$); no entanto as diferenças não foram estatisticamente significativas (tamanho do efeito pequeno). Nas subescalas da DERS, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no *Impulso* ($p < 0,01$; tamanho do efeito insignificante), *Estratégias* ($p < 0,01$; tamanho do efeito pequeno) e *Não-aceitação* ($p < 0,01$; tamanho do efeito médio).

Tabela 3

Caracterização Clínica de um Grupo de Idosos da Comunidade (IC) e um Grupo de Idosos Institucionalizados (II)

		Global (N = 326)		IC (n = 209)		II (n = 117)		χ^2	ϕ
Variáveis Clínicas		n	%	n	%	n	%		
Categoria de Diagnóstico	Razoavelmente saudável/DSIC	193	59,20	132	63,2	61	52,10		
	Doença CIFIC ^a	65	19,90	39	18,70	26	22,20	3,88 ^{NS}	0,11
	Problema de saúde mental	61	18,70	34	16,30	27	23,10		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>g</i>
Psicofármacos	Antidepressivos ^b	0,30	0,59	0,25	0,53	0,39	0,67	2,01*	0,24†
	Antipsicóticos ^c	0,08	0,30	0,05	0,24	0,14	0,37	2,21*	0,31†
	Benzodiazepínicos	0,29	0,53	0,25	0,50	0,38	0,58	2,09*	0,25†
	Outros psicofármacos	0,03	0,16	0,02	0,14	0,03	0,18	0,84 ^{NS}	0,06 ^{NS}
Outros fármacos do SNC	Antiepiléticos e anticonvulsivantes	0,06	0,27	0,04	0,19	0,09	0,37	1,79 ^{NS}	0,19 ^{NS}
	Dopamiméticos (Antiparkinsonianos)	0,04	0,23	0,02	0,14	0,08	0,33	2,24*	0,26†
	MUTSAFC (Antidemenciais)	0,07	0,30	0,05	0,28	0,10	0,32	1,25 ^{NS}	0,17 ^{NS}
Fármacos de outros aparelhos orgânicos	Agonistas adrenérgicos beta ^d	0,04	0,23	0,03	0,20	0,05	0,26	0,68 ^{NS}	0,09 ^{NS}
	Antidiabéticos	0,18	0,49	0,18	0,47	0,18	0,51	0,01 ^{NS}	0,00 ^{NS}
	Anti-hipertensores	0,33	0,58	0,32	0,56	0,33	0,62	0,19 ^{NS}	0,02 ^{NS}
	Bloqueadores beta	0,17	0,40	0,17	0,41	0,16	0,37	0,11 ^{NS}	0,03 ^{NS}
	Corticosteroides	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,09 ^{NS}	0,00 ^{NS}
	Descongestionantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 ^{NS}
	Diuréticos	0,19	0,42	0,12	0,36	0,32	0,49	4,07**	0,49††
	Estatinas	0,34	0,51	0,32	0,50	0,37	0,52	0,81 ^{NS}	0,10 ^{NS}
	Muscarínicos (Anti-histamínicos)	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,00 ^{NS}	0,00 ^{NS}
Outros fármacos	1,23	1,69	1,00	1,33	1,66	2,13	3,53***	0,40††	
Número total de fármacos com impacto cognitivo		3,11	3,04	2,60	2,42	4,03	3,76	4,15***	0,48††
Número total de fármacos		3,37	3,22	2,84	2,52	4,31	4,03	4,05**	0,47††

Nota. IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizados; χ^2 = Qui-quadrado da aderência; ϕ = tamanho do efeito do χ^2 ; t = Teste t de Student; g = tamanho do efeito g de Hedges; DSIC = Doença sem impacto cognitivo; Doença CIC = Doença com impacto no funcionamento cognitivo; SNC = Sistema nervoso central; MUTSAFC = Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, incluindo medicamentos utilizados no tratamento sintomático da demência de Alzheimer e outros não recomendados pelo INFARMED.

^a Diabetes, AVC, tumor cerebral, etc.

^b Inibidores da monoamina oxidase; Tri e tetracíclicos; Inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina e dopamina; Agonista melatoninérgico e Antagonista 5-HT₂.

^c Convencionais e atípicos.

^d Antiasmáticos.

*** $p < 0,001$. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ^{NS} = não significativo.

††† tamanho do efeito muito grande; †† tamanho do efeito grande; † tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno.

^{NS} = tamanho do efeito insignificante.

Tabela 4*Análises Descritivas e das Diferenças dos Instrumentos de Avaliação Psicológica (N = 326)*

Instrumentos	Subescalas	IC (n = 209)				II (n = 117)				t	g de Hedges
		M ± DP	Md	Mín	Máx	M ± DP	Md	Mín	Máx		
GAI	Total	10,35 ± 6,78	10,00	0,00	20,00	10,40 ± 6,18	10,00	0,00	20,00	-0,07 ^{NS}	0,01 ^{INS}
WHODAS	Total	20,53 ± 19,55	14,58	0	100	35,51 ± 26,26	33,33	0,00	100,00	5,84 ^{***}	0,68 ^{††}
	Total	32,95 ± 16,29	27,50	16,00	80,00	37,08 ± 17,87	34,00	16,00	80,00	1,85 ^{NS}	0,25 [†]
	Clareza	4,03 ± 2,29	3,00	2,00	10,00	4,52 ± 2,31	4,00	2,00	10,00	0,31 ^{NS}	0,13 ^{INS}
	Objetivos	7,19 ± 3,60	6,00	3,00	15,00	7,31 ± 3,58	6,00	3,00	15,00	1,39 ^{NS}	0,03 ^{INS}
DERS	Impulso	5,98 ± 3,36	5,00	3,00	15,00	6,53 ± 3,53	6,00	3,00	15,00	2,15 ^{**}	0,16 ^{INS}
	Estratégias	10,06 ± 5,62	8,00	5,00	25,00	11,48 ± 5,80	8,00	5,00	25,00	3,71 ^{**}	0,25 [†]
	Não-aceitação	5,68 ± 3,32	4,00	3,00	15,00	7,23 ± 4,06	6,00	3,00	15,00	2,11 ^{**}	0,43 ^{††}

Nota. IC = Idosos Comunitade; II = Idosos Institucionalizados; t = Teste t de Student; g = tamanho do efeito g de Hedges; GAI = *Geriatric Anxiety Scale* (Inventário de Ansiedade Geriátrica); WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde); DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional);

*** p < 0,001. ** p < 0,01; * p < 0,05; ^{NS} = não significativo.

†††† tamanho do efeito muito grande; ††† tamanho do efeito grande; †† tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno.

^{INS} = tamanho do efeito insignificante.

Comparação de GAI entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

A Tabela 5 mostra-nos pontuações mais elevadas no sexo feminino no grupo dos institucionalizados, no entanto não existiram diferenças estatisticamente significativas e o tamanho do efeito foi pequeno. Em contraste nos idosos da comunidade, houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$; tamanho do efeito grande).

Em relação à idade, a faixa etária dos 70–79 anos foi a que pontuou mais nos institucionalizados ao nível da ansiedade, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,01$). Nos idosos da comunidade, foi a faixa etária dos 80–89 anos, verificando-se também diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,01$).

Ao nível de habilitações literárias, os institucionalizados que obtiveram pontuações mais elevadas foram os que tinham licenciatura, não havendo diferenças estatisticamente significativas. Nos idosos da comunidade, foram os sujeitos sem escolaridade que apresentaram pontuações mais elevadas, mas não havendo também diferenças estatisticamente significativas.

No que respeita à categoria profissional, foram sujeitos com profissões intelectuais que apresentaram pontuações mais altas nos institucionalizados, não havendo, contudo, diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, nos idosos da comunidade, os sujeitos com profissões manuais obtiveram pontuações mais altas, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,01$).

Relativamente ao estado civil, nos institucionalizados os solteiros foram os sujeitos que apresentaram pontuações mais elevadas, não havendo diferenças estatisticamente significativas. Nos idosos da comunidade, os sujeitos com pontuações mais altas foram os viúvos, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Por fim, no que diz respeito ao espaço geográfico, os sujeitos do grupo dos institucionalizados que habitam no meio urbano, apresentaram pontuações mais altas de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Já nos idosos da comunidade, os sujeitos que habitam no meio rural foram os que apresentaram pontuações mais altas, não havendo diferenças estatisticamente significativas.

É de acrescentar que não houve diferenças quando se compararam as pontuações do GAI pelos grupos definidos pelo tipo de institucionalização ($F_{(114)} = 0,02$; $p = 0,98$).

Tabela 5

Comparação de GAI entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 326)

Instrumento		II		IC	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Masculino	9,53	6,54	7,13	6,62
	Feminino	10,79	6,02	12,46	6,04
<i>t Student (t; d)</i>		(-1,02 ^{NS} ; 0,20 [†])		(-5,97 ^{***} ; 0,83 ^{†††})	
Idade	60-69	10,90	6,31	8,49	6,92
	70-79	11,48	6,02	11,52	6,29
	80-89	10,18	6,32	13,38	6,36
	> 90	9,52	6,14	9,50	2,12
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,44 ^{**} ; 0,01)		(5,26 ^{**} ; 0,07)	
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	11,50	6,35	15,00	5,39
	Sabe ler e escrever	10,00	7,67	10,50	13,44
	1.ºCiclo	10,10	6,09	10,90	6,77
	2.ºCiclo	9,60	7,27	12,88	5,38
	3.ºCiclo	8,00	6,58	9,74	6,76
	Ensino Secundário	16,00	0,00	6,59	5,84
	Licenciatura	16,50	0,71	6,64	6,73
	Mestrado	0,00	0,00	8,00	0,00
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,83 ^{NS} ; 0,04)		(1,95 ^{NS} ; 0,06)	
Categoria Profissional	Manual	10,07	6,30	11,56	6,79
	Intelectual	10,84	5,89	8,56	6,45
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,36 ^{NS} ; 0,00)		(9,22 ^{**} ; 0,05)	
Estado Civil	Solteiro	13,50	6,00	9,50	6,93
	Separado(a)/Divorciado	9,83	7,11	10,81	7,37
	Viúvo(a)	9,91	6,22	12,49	5,64
	Namoro (anos)	0,00	0,00	1,50	0,71
	Casado/União de facto	10,76	6,02	9,73	6,96
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,87 ^{NS} ; 0,02)		(2,42 [†] ; 0,05)	
Espaço Geográfico	Urbano	15,47	2,63	9,75	6,64
	Misto	10,85	6,30	10,45	6,57
	Rural	9,34	6,20	10,64	9,93
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(7,85 ^{***} ; 0,12)		(0,37 ^{NS} ; 0,00)	

Nota. IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizado; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory* (Inventário de Ansiedade Geriátrica).

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ^{NS} Não significativo.

†††† tamanho do efeito muito grande; ††† tamanho do efeito grande; †† tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno. ^{NS} = tamanho do efeito insignificante.

Correlações e Comparação de GAI entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas

De acordo com a Tabela 6, nos idosos institucionalizados não houve correlações do GAI com os fármacos. Relativamente aos grupos de diagnóstico, não houve diferenças estatisticamente significativas.

Nos idosos da comunidade, verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas ($p < 0,01$) do GAI com os antidepressivos ($r = 0,19$; $R^2 = 3,6\%$), antipsicóticos ($r = 0,22$; $R^2 = 4,8\%$), benzodiazepínicos ($r = 0,22$; $R^2 = 4,8\%$), bloqueadores beta ($r = 0,18$; $R^2 = 3,2\%$) e outros fármacos ($r = 0,24$; $R^2 = 5,8\%$). Quanto aos grupos de diagnóstico, existiram diferenças estatisticamente significativas entre as médias das categorias ($p < 0,001$).

Tabela 6

Correlações de Pearson e Comparações do GAI com os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas (N = 326)

	GAI	
	II	IC
Medicamentos	<i>r</i>	<i>r</i>
Antidepressivos	-0,06 ^{NS}	0,19 ^{**}
Antipsicóticos	0,13 ^{NS}	0,22 ^{**}
Benzodiazepínicos	0,08 ^{NS}	0,22 ^{**}
Outros psicofármacos	0,12 ^{NS}	0,75 ^{NS}
Antiepilépticos e anticonvulsionantes	0,70 ^{NS}	0,10 ^{NS}
Dopaminérgicos (Antiparkinsonianos)	0,76 ^{NS}	0,80 ^{NS}
MUTSAFC (Antidemenciais)	-0,09 ^{NS}	0,10 ^{NS}
Agonistas adrenérgicos beta	-0,05 ^{NS}	0,08 ^{NS}
Antidiabéticos	-0,06 ^{NS}	0,13 ^{NS}
Anti-hipertensores	-0,08 ^{NS}	0,12 ^{NS}
Bloqueadores beta	-0,10 ^{NS}	0,18 ^{**}
Corticosteroides	-0,13 ^{NS}	-0,13 ^{NS}
Descongestionantes	0,00	0,00
Diuréticos	-0,01 ^{NS}	0,06 ^{NS}
Estatinas	0,08 ^{NS}	0,10 ^{NS}
Muscarínicos (Anti-histamínicos)	0,07 ^{NS}	0,70 ^{NS}
Outros fármacos	0,96 ^{NS}	0,24 ^{**}
Grupos de diagnóstico	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
RS/DSIC	9,31 (6,39)	8,92 (6,56)
DCIDC	12,27 (4,93)	13,42 (6,72)
Doença mental	10,63 (6,20)	12,62 (6,01)
<i>F (η²)</i>	2,23 ^{NS} (0,04)	9,49 ^{***} (0,09)

Nota. IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizados; *F* = ANOVA; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); GAI = *Geriatric Depression Scale*; RS/DSIC = Razoavelmente saudável/doença sem impacto cognitivo; DCIDC = Doença com impacto no funcionamento cognitivo.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Correlações de Pearson entre o GAI, o WHODAS e a DERS

Na Tabela 7 são apresentadas as correlações de Pearson entre o GAI, WHODAS e DERS nos dois grupos. Como se pode verificar, nos idosos institucionalizados não houve correlação entre as pontuações do GAI e WHODAS. O GAI teve uma correlação estatisticamente significativa com o total da DERS e as suas subescalas ($p < 0,01$). Os coeficientes de determinação foram os seguintes: no Total e Estratégias ($R^2 = 26\%$), na Clareza e Objetivos ($R^2 = 29,2\%$), no Impulso ($R^2 = 22,1\%$) e na Não-aceitação ($R^2 = 12,3\%$).

Contrariamente aos idosos institucionalizados, os idosos da comunidade obtiveram uma correlação significativa entre as pontuações do GAI e WHODAS ($p < 0,001$; $R^2 = 11,6\%$). O GAI teve uma correlação estatisticamente significativa com o total da DERS e as suas subescalas ($p < 0,01$). Os coeficientes de determinação foram os seguintes: no Total ($R^2 = 33,6\%$), na Clareza ($R^2 = 26\%$), nos Objetivos ($R^2 = 28,1\%$), no Impulso ($R^2 = 24\%$), nas Estratégias ($R^2 = 31,4\%$) e na Não-aceitação ($R^2 = 22,1\%$).

Tabela 7

Correlações de Pearson entre Geriatric Anxiety Inventory, World Health Organization Disability Assessment Schedule e Difficulties in Emotion Regulation Scale nos Institucionalizados (n = 117) e na Comunidade (n = 209)

Instrumentos		WHODAS	DERS					
			Total	Clareza	Objetivos	Impulso	Estratégias	Não-aceitação
GAI	II	0,10 ^{NS}	0,51^{***}	0,54^{***}	0,54^{***}	0,47^{***}	0,51^{***}	0,35^{***}
	IC	0,34 ^{***}	0,58^{***}	0,51^{***}	0,53^{***}	0,49^{***}	0,56^{***}	0,47^{***}

Nota. IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizados; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory* (Inventário de Ansiedade Geriátrica); WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde); DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional). A negrito foram destacadas as correlações moderadas e altas.

^{***} $p < 0,001$. ^{**} $p < 0,01$; ^{*} $p < 0,05$; ^{NS} = não significativo.

Discussão

O estudo insere-se no projeto *Trajelórias do envelhecimento* do Instituto Superior Miguel Torga e englobou 326 participantes, 209 pertencentes à comunidade e 117 institucionalizados. O presente estudo pretendia estudar a sintomatologia ansiosa, incapacidade percebida e

desregulação emocional nos idosos institucionalizados, comparando com idosos da comunidade.

Na comunidade, o sexo feminino obteve a média das pontuações mais altas no GAI de forma estatisticamente significativa, o que vai de encontro a estudos previamente existentes (Daniel et al., 2015; Maximiano-Barreto & Fermoseli, 2017; Silva, 2018). Diferentemente, Machado et al. (2016) mostraram que as perturbações ansiosas investigadas no seu estudo (Perturbação de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Perturbação de Pânico e Perturbação Obsessivo-Compulsiva) tiveram a mesma distribuição em ambos os sexos. É importante ressaltar que o estudo de Machado et al. (2016) debruça-se apenas sobre idosos da comunidade e investiga perturbações ansiosas, enquanto o nosso estudo averiguou somente a sintomatologia ansiosa. No entanto, a diferença por nós verificada na comunidade é explicada pela revisão da literatura que apontam para uma maior prevalência da ansiedade nas mulheres devido a fatores psicossociais (Hantsoo & Epperson, 2017; Hellwig & Domschke, 2019). Acrescente-se que Brenes et al. (2005), num estudo com 2.000 mulheres pertencentes à comunidade, indicam que a ansiedade pode ser um presságio da incapacidade percebida. Morar sozinho, ter patologias físicas e funções cognitivas deterioradas são fatores que favorecem as pessoas idosas a experienciarem eventos ansiogénicos que potenciam o desenvolvimento de perturbações ansiosas (Hantsoo & Epperson, 2017; Hellwig & Domschke, 2019). Devido à sua predisposição biológica, as mulheres exibem mais ruminação e preocupação em comparação aos homens, o que as torna mais sensíveis e com mais flutuações hormonais (Hantsoo & Epperson, 2017; Hellwig & Domschke, 2019). Ademais, a ruminação é uma característica da ansiedade (Bryant et al., 2008; Chen et al., 2017). Chen et al. (2017), num estudo com 405 pessoas idosas da comunidade, dizem que a ruminação pode ser um aspeto comum associado ao facto de os indivíduos poderem estar emocionalmente sensíveis e ficarem facilmente frustrados. Sendo a ruminação um aspeto central na saúde mental, tem um papel negativo nas sintomatologias ansiosa e depressiva (Chen et al., 2017). Chen et al. (2017) mostraram ainda que os idosos com maior propensão a serem ruminativos acabam por desenvolver níveis mais altos de ansiedade e depressão. Acerca das hormonas, sabe-se que influenciam o estado emocional das mulheres, sobretudo depois da menopausa, algo que tem sido estudado pelo potencial da terapia de reposição hormonal em perturbações ansiosas (Hantsoo & Epperson, 2017; Hellwig & Domschke, 2019).

O facto de não haver diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI pelos sexos dos idosos institucionalizados pode ser explicado pelas questões hormonais. Uma vez

que os idosos institucionalizados se encontram numa idade mais avançada que os idosos da comunidade, a menopausa já não parece ser um factor que contribua para a ansiedade. Ademais, Silva (2018), num estudo com 987 pessoas idosas da comunidade, aponta uma vida profissional ou familiar ativa como fator ansiogénico nos idosos entre os 65 e 74 anos. Ora, se os idosos institucionalizados estão privados de exercer qualquer função, seja ela profissional ou familiar, essa pode ser outra razão por que não há diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI entre homens e mulheres nos idosos institucionalizados.

Quanto à idade, as médias das pontuações mais altas no GAI encontram-se na faixa etária dos 80–89 nos idosos da comunidade. Silva (2018) não corrobora os nossos resultados, uma vez que no seu estudo os idosos da comunidade, com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos, têm 66,3% mais probabilidade de desenvolver sintomatologia ansiosa. Aponta ainda que tais resultados talvez se devam ao facto de os idosos terem uma vida ativa, em termos familiares ou profissionais (Silva, 2018).

Nos institucionalizados, as médias das pontuações mais altas no GAI encontram-se na faixa etária dos 70–79 anos. Barakat et al. (2019), num estudo com 50 pessoas idosas institucionalizadas, corroboram os nossos resultados, mostrando que a média mais alta de sintomatologia ansiosa se encontra nos idosos com 70 ou mais anos. Apesar de a ansiedade ser frequente entre os idosos, resultados divergentes da literatura mostram que as perturbações ansiosas parecem diminuir com o avanço da idade (Byrne, 2002). Por exemplo, um estudo com 115 pessoas idosas institucionalizadas, com idades compreendidas entre os 67 e 98 anos, mostra que os idosos mais jovens apresentam níveis mais elevados de ansiedade, logo quanto maior a idade, menos perturbações ansiosas (Namorado, 2013).

Quanto às habilitações literárias, não houve diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI entre os grupos. Minghelli et al. (2013), num estudo com 72 pessoas idosas institucionalizadas e da comunidade, dizem-nos que os idosos sem habilitações literárias têm 11 vezes mais de probabilidade de vir a apresentar sintomatologia ansiosa. No mesmo sentido, Sousa et al. (2017) num estudo com 1680 pessoas idosas da comunidade, mostrou que um baixo nível de educação estava significativamente associado com sintomas de ansiedade. No mesmo estudo de Minghelli et al. (2013), que avaliou idosos ativos e idosos sedentários, os idosos sedentários mostraram ter 38 vezes mais de probabilidade de vir a experienciar sintomas ansiosos. A qualidade de vida e função física relacionados com a saúde desempenham um papel importante na ansiedade, e o nível de educação parece ter influência na mesma (Sousa et al., 2017). Fernandes (2013) afirma que a escolaridade tem impacto no funcionamento cognitivo.

Por sua vez, o meio também tem efeito indireto no funcionamento cognitivo e emocional devido às diferenças na escolaridade.

Quanto à categoria profissional, não houve diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI nos idosos institucionalizados. No que diz respeito ao grupo dos idosos da comunidade, houve diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI nas categorias profissionais. Como Potvin et al. (2013) referiram, a ansiedade é comórbida com a depressão, então os nossos resultados poderão ser interpretados à luz desta comorbidade. Neste sentido, Figueiredo-Duarte et al. (2019) num estudo com idosos institucionalizados, mostram que os idosos que tiveram profissões de carácter manual reportaram mais sintomatologia depressiva. Adicionalmente, Fernandes (2013) indicou também que a profissão tem impacto no funcionamento cognitivo. Por sua vez, devido às diferenças na profissão, o meio também tem efeito indireto no funcionamento cognitivo e emocional (Fernandes, 2013). Os nossos resultados coincidem com o estudo de Figueiredo-Duarte et al. (2019) no sentido em que as pontuações mais altas do GAI foram nas profissões de carácter manual. Assim, os resultados deste estudo podem ser explicados pelo facto de as profissões intelectuais protegerem as funções cognitivas (Falcão et al., 2012), uma vez que os idosos da comunidade com profissões manuais obtiveram pontuações mais altas no GAI.

Quanto ao estado civil, não houve diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI no grupo dos idosos institucionalizados. No que diz respeito ao grupo dos idosos da comunidade, houve diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI entre os estados civis. Num estudo similar, porém num sentido diferente, Bernardino (2013) mostrou que os idosos institucionalizados que eram casados revelaram mais sintomatologia ansiosa. Por outro lado, Namorado (2013) apoia os nossos resultados afirmando não haver evidências da associação entre a ansiedade e o estado civil na população idosa institucionalizada. Ainda assim, no nosso estudo, há que considerar que as pontuações mais baixas são encontradas na categoria dos que “namoram” e que só temos dois participantes nessa categoria. Por esse motivo, não há poder estatístico para evitar o erro tipo II e o nosso resultado deve ser observado com grande cautela.

Por fim, quanto ao espaço geográfico, há diferenças estatisticamente significativas no grupo dos idosos institucionalizados nas pontuações do GAI. Assim, os idosos que residiam em zona urbana são os que apresentam mais sintomas ansiosos. Quanto ao grupo da comunidade, não houve diferenças estatisticamente significativas das pontuações do GAI com o espaço geográfico. Não foram encontrados muitos estudos acerca das evidências da ansiedade segundo

o espaço geográfico. Como referido na categoria profissional, sendo a ansiedade comórbida com a depressão (Potvin et al., 2013), os nossos resultados poderão ser compreendidos no âmbito dessa comorbidade. Os estudos em idosos com depressão citados a seguir mostram maior união e interação das pessoas no meio rural (Sequeira & Nunes da Silva, 2012; Teixeira, 2010). Noutro sentido, Teixeira (2010) refere que os idosos que residem no meio urbano apresentam mais solidão e menos qualidade de vida.

O facto de não haver correlação entre as pontuações do GAI e do WHODAS nos institucionalizados levanta várias questões. Primeiramente, porque seria de esperar que os idosos, afastados do seu meio e tarefas exigidas nele, estivessem de algum modo incapacitados de as executar, ou então que a longo prazo, fossem perdendo as faculdades necessárias para tal (Fabrício-Wehbe et al., 2016; Fluetti et al., 2018; Rocha et al., 2013). Adicionalmente, como Ribeiro et al. (2015) disseram, a perceção do estado de saúde deteriorada é indicativo de ansiedade clinicamente significativa; por sua vez, a ansiedade também é característica na institucionalização (Daniel et al., 2015). No entanto, ao serem institucionalizados, os idosos também estão a salvo de realizar tarefas que podem tornar-se ameaçadoras para a sua capacidade física, o que pode justificar estes resultados.

A correlação positiva entre as pontuações do GAI e da DERS, nos idosos institucionalizados, consideradas moderadas e grandes, corroboram o que Barakat et al. (2019) e Moreira et al. (2016) afirmaram acerca da institucionalização fomentar instabilidade emocional no idoso. Outros aspetos relacionados com institucionalização que se podem associar a desregulação emocional são os seguintes: privação dos familiares (Singh et al., 2017), declínio das funções cognitivas (Santabárbara et al., 2019), dependência de terceiros nas tarefas (Moreira et al., 2016), perda de autonomia e suporte social (Amaro da Luz & Miguel, 2015; Daniel et al., 2015). É comum, como já foi referido por Barakat et al. (2019) e Moreira et al. (2016) que este tipo de mudanças associadas à institucionalização, dependendo dos motivos da mesma, provoquem no idoso dificuldades em gerir as suas emoções e, com isso, desenvolvam sintomatologia ansiosa (Rodrigues, 2016).

No caso dos idosos da comunidade, a correlação entre as pontuações do GAI e do WHODAS foi moderada (Cohen, 1988), ou seja, quanto mais ansiedade, mais incapacidade percebida e vice-versa. O que explica maior ansiedade relacionada com a incapacidade percebida nos idosos, poderá ser a impossibilidade de desempenhar as tarefas diárias como outrora (Moreira et al., 2016), falta de convívio com a família (Singh et al., 2017) e isolamento (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016). Aliás, Barakat et al. (2019) e Moreira et al. (2016) mencionam que

o envelhecimento gera incapacidade percebida e que a mesma causa maior probabilidade de adoecimento, tanto físico como mental.

A correlação entre as pontuações do GAI e da DERS e suas subescalas foram entre moderadas a grandes nos idosos da comunidade. Podemos supor que os idosos, mesmo não estando institucionalizados, nem sempre recebem visitas dos familiares, o que pode reduzir a sua qualidade de vida e criar sentimentos de ansiedade, depressão e solidão (Singh et al., 2017). Também é frequente, com o avançar da idade, que os idosos passem por processos de luto ao enfrentarem a morte de alguns entes queridos e, com isso, experienciem sintomatologia ansiosa e depressiva (Barakat et al., 2019; Moreira et al., 2016).

Nos idosos institucionalizados, não houve correlações entre as pontuações do GAI com os fármacos; nos idosos da comunidade, verificaram-se correlações estatisticamente significativas com os antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepínicos e bloqueadores beta e outros fármacos. Em termos de farmacologia, Andreescu e Varon (2015) afirmam que os antidepressivos são os fármacos mais comuns no tratamento agudo da ansiedade. Riedel-Heller et al. (2001) chamam a atenção para a subutilização dos antidepressivos na população idosa. Diferentemente, Ferreira et al. (2016) levantam a hipótese de os antidepressivos, entre outros fármacos, poderem estar associados a sintomatologia que causa quedas, tonturas, instabilidade e fadiga. Airagnes et al. (2016) sugerem que as benzodiazepinas têm um grande potencial de risco associado à demência e que devem ser retiradas após a ocorrência de efeitos secundários, físicos ou psicológicos. Airagnes et al. (2016) sugerem também que, na retirada das benzodiazepinas, deve ser proposto ao idoso realizar a psicoterapia, com o intuito de elevar as probabilidades de sucesso. Cunha et al. (2015) dizem ainda que a prevalência do uso de benzodiazepinas aumenta com o envelhecimento e com o uso de antidepressivos. Pignon et al. (2017), apesar de uma forma limitada, encontraram prescrições de antipsicóticos para a perturbação de ansiedade generalizada. A quetiapina, pertencente à classe de antipsicóticos, foi considerada a segunda molécula com mais sucesso no tratamento da Perturbação de Ansiedade Generalizada (Zahreddine & Richa, 2015). Porém, devido aos riscos que acarreta a longo prazo, deve ser usada em casos refratários (Zahreddine & Richa, 2015). Acerca dos bloqueadores beta, Lertvipapath & Warunyuwong (2020) afirmam que poderão ser benéficos para tratar o comportamento disruptivo da ansiedade; contudo, serão necessários outros ensaios clínicos para provar esses mesmos benefícios.

Limitações

Em fase de término desta investigação, pretendemos delinear algumas limitações, assim como oferecer recomendações para o desenvolvimento de futuras investigações.

Para começar, a amostra das pessoas idosas institucionalizadas deveria ser maior, de modo a que os resultados fossem mais universalizados. No mesmo sentido, a proporção de idosos por resposta social também deveria ser parecida com a proporção do distrito de Coimbra (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

A seleção da amostra pode ter sofrido vieses de seleção, sendo que os idosos não foram avaliados aleatoriamente e, sim, voluntariamente, o que pode limitar-nos de fazer certas deduções sobre a população deste estudo. Para além disso, grande parte da recolha foi feita em instituições em que o entrevistador era conhecido. Em função disso, o idoso pode ter-se coibido de responder o que realmente sentia, ocorrendo assim o viés de desejabilidade social (Botelho et al., 2010). Por conseguinte, na possibilidade de os participantes se terem comportado de forma diferente, sabendo que estão a ser observados (e também avaliados), pode também ter ocorrido o viés *Hawthorne Effect* (Botelho et al., 2010). Algo que também pode ser questionado é a validade dos questionários, pelo facto de alguns participantes apresentarem perturbações mentais, défice cognitivo e demência. Em futuros estudos a ser realizados deverão ser usadas amostras clínicas para verificar a validade dos questionários.

A análise de confiabilidade revelou valores $\geq 0,90$ em alguns instrumentos e suas subescalas, sugerindo redundância ao invés de homogeneidade (Streiner, 2003), o que levanta a hipótese de não serem fidedignos e válidos para a população idosa institucionalizada. Isto pode dever-se à reformulação de várias palavras e expressões contidas em alguns instrumentos, criando assim mais uma limitação nas conclusões que podemos tirar.

Conclusão

Nesta investigação foi possível acrescentar à literatura existente que a ansiedade numa amostra da população idosa institucionalizada é comum, e até que ponto a mesma se correlacionou com a incapacidade percebida e desregulação emocional. Também foi possível averiguar os correlatos de ansiedade, abrangendo as variáveis sociodemográficas e clínicas, a incapacidade percebida e a desregulação emocional. Assim, requer-se um diagnóstico e acompanhamento precoces e adequados, de modo a que as pessoas idosas tenham um envelhecimento saudável.

Apesar de, por vezes, a ansiedade não ser reconhecida no envelhecimento, é imperativo que, tanto familiares como cuidadores, estejam alertas para a possibilidade de os idosos virem a experienciá-la. Deste modo estarão mais aptos para poder fornecer ao idoso os cuidados necessários à saúde mental e permitir assim que lhe seja dado o diagnóstico e tratamento corretos. O facto de esta investigação nos mostrar que a incapacidade percebida e a desregulação emocional se correlacionam com a ansiedade, oferece pistas a futuras investigações que podem ser preciosas na prevenção e reconhecimento da sintomatologia ansiosa.

É de ressaltar que, também em futuras investigações, seria relevante fazer um estudo mediacional, testando o papel mediador da desregulação emocional entre a incapacidade percebida e a ansiedade, dado que não foi possível nesta. Em termos práticos, seria benéfico a criação de programas de reabilitação neuropsicológica, *mindfulness* e terapia de grupo (p. ex., terapia de reminiscência), de modo a que os idosos se sintam incluídos na exposição dos seus sentimentos e experiências.

Referências

- Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M., & Limosin, F. (2016). Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Current Psychiatry Reports, 18*(10), 89. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0727-9>
- Amaro da Luz, M. H. R., & Miguel, I. (2015). Apoio social e solidão: Reflexos na população idosa em contexto institucional e comunitário. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 1*(2), 3–14. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.20>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (quinta edição)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association (APA). (2011). *Geriatric Anxiety Inventory (GAI)*. <https://www.apa.org>. <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-anxiety>
- Andreescu, C., & Varon, D. (2015). New Research on Anxiety Disorders in the Elderly and an Update on Evidence-Based Treatments. *Current Psychiatry Reports, 17*(7), 53. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0595-8>
- Avelino, A., Cunha, A., Silva, P., Azevedo, E., Silva, J., & Filha, M. (2013). O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(9), 75–83. <https://doi.org/10.12707/RIII1291>

- Barakat, M. M., Elattar, N. F., & Zaki, H. N. (2019). Depression, anxiety and loneliness among elderly living in geriatric homes. *American Journal of Nursing Research*, 7(4), 400–411. <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-4-1>
- Bernardino, A. R. P. (2013). *Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados: Valorizar o envelhecimento* [Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior]. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2696>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2015). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Boddice, G., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2008). The clinical utility of the geriatric anxiety inventory in older adults with cognitive impairment. *Nursing Older People*, 20(8), 36–39; quiz 40. <https://doi.org/10.7748/nop2008.10.20.8.36.c6809>
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2010). Epidemiologia explicada – viéses. *Acta Urológica*, 3, 47–52. <https://www.apurologia.pt/acta/3-2010/epidem-expl-vieses.pdf>
- Bound, F. (Ed.). (2004). *Keywords in the history of medicine. Anxiety*. (Vol. 363). The Lancet.
- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Snyder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., & Swann, A. C. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 4(4), 315–323. <https://doi.org/10.1080/713649960>
- Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M., & Penninx, B. W. J. H. (2005). The Influence of Anxiety on the Progression of Disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 34–39. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53007.x>
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
- Byrne, G. J. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 74–80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500014>
- Chen, X., Pu, J., Shi, W., & Zhou, Y. (2017). The Impact of Neuroticism on Symptoms of Anxiety and Depression in Elderly Adults: The Mediating Role of Rumination. *Current Psychology*, 39(1), 42–50. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9740-3>
- Cheng, M.-Y., Wang, M.-J., Chang, M.-Y., Zhang, R.-X., Gu, C.-F., & Zhao, Y.-H. (2020). Relationship between resilience and insomnia among the middle-aged and elderly:

- Mediating role of maladaptive emotion regulation strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 25, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1734637>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- Cunha, C. D. dos A., Souza, M. C. C. de, Cattanio, G. A. A., Iahnn, S. R., & Lima, R. da C. (2015). Benzodiazepine use and associated factors in elderly in the city of Dourados, MS, Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(3), 207–212. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000080>
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, E. (2015). Psychometric properties of the Portuguese Version of the Geriatric Anxiety Inventory in a sample of elderly people in residential care. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 31–45. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22>
- English, T., Lee, I. A., John, O. P., & Gross, J. J. (2017). Emotion regulation strategy selection in daily life: The role of social context and goals. *Motivation and Emotion*, 41(2), 230–242. <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9597-z>
- Espírito Santo, H. (2019). *Medicamentos com impacto no snc [Unpublished document]*.
- Espirito-Santo, H. (2019). *Short Health Anxiety Inventory: Versão portuguesa [Unpublished scale]*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Fabício-Wehbe, S. C. C., Rodrigues, R. A. P., Haas, V. J., Fhon, J. R. S., & Diniz, M. A. (2016). Association of frailty in hospitalized and institutionalized elderly in the community-dwelling. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 691–696. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690411i>
- Falcão, D., Espírito Santo, H., Matreno, J., Fermino, S., & Guadalupe, S. (2012). *Envelhecimento e funcionamento cognitivo: Papel da escolaridade e profissão*. [http://repositorio.ismt.pt/jspui/bitstream/123456789/67/1/Falc% c3% a3o2012_Envelhecim ento% 20e% 20funcionamento% 20cognitivo% 20o% 20papel% 20da% 20escolaridade% 20e % 20profiss% c3% a3o.pdf](http://repositorio.ismt.pt/jspui/bitstream/123456789/67/1/Falc%c3%a3o2012_Envelhecimento%20e%20funcionamento%20cognitivo%20o%20papel%20da%20escolaridade%20e%20profiss%c3%a3o.pdf)
- Farbus, L., & Greaves, C. J. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: Outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 134–142. <https://doi.org/10.1177/1466424006064303>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Fernandes, D. S. dos S. (2013). *Declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados do meio rural e urbano do distrito de Coimbra* [Tese de mestrado, Escola Superior de Altos Estudos]. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/887>
- Fernández-Blázquez, M. A., Ávila-Villanueva, M., López-Pina, J. A., Zea-Sevilla, M. A., & Frades-Payo, B. (2015). Psychometric properties of a new short version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for the assessment of anxiety in the elderly. *Neurología, 30*(6), 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.015>
- Ferreira, L. M. de B. M., Jerez-Roig, J., Andrade, F. L. J. P. de, Oliveira, N. P. D. de, Araújo, J. R. T. de, Lima, K. C. de, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brazil, & Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brazil. (2016). Prevalence of falls and evaluation of mobility among institutionalized elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19*(6), 995–1003. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160034>
- Figueiredo-Duarte, C., Espírito-Santo, H., Sério, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2019). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging & Mental Health, 1*–7. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>
- Fluetti, M. T., Fhon, J. R. S., Oliveira, A. P. de, Chiquito, L. M. O., & Marques, S. (2018). The frailty syndrome in institutionalized elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 21*(1), 60–69. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170098>
- Furtado, G. E., Patrício, M., Loureiro, M., Hogervorst, E., Theou, O., Ferreira, J. P., & Teixeira, A. M. B. (2019). Physical frailty and health outcomes of fitness, hormones, psychological and disability in institutionalized older women: An exploratory association study. *Women & Health, 60*(2), 140–155. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1621978>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2020). *Carta Social: Fede de serviços e equipamentos do distrito de Coimbra na área de intervenção com pessoas idosas nas respostas sociais de centro de dia, estrutura residencial para pessoas idosas e serviço de apoio domiciliário*. http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb_valencia&cod_distrito=06&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&dcf=06
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025* (Despacho n.º12427/2016). Sistema Nacional de Saúde da República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2017). Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, 15(2), 162–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160042>
- Hellwig, S., & Domschke, K. (2019). Anxiety in late life: An update on pathomechanisms. *Gerontology*, 65(5), 465–473. <https://doi.org/10.1159/000500306>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Portal do INE*. Instituto Nacional de Estatística [Statistics Portugal]. https://www.ine.pt/xporta/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1112
- Johansen, J. P. (2013). Anxiety is the sum of its parts. *Nature*, 496(7444), 174–175. <https://doi.org/10.1038/nature12087>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., Schulz, R., & Reynolds III, C. F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113–135. <https://doi.org/10.1097/00019442-200105000-00004>
- Lertvipapath, P., & Warunyuwong, W. (2020). Beta-blocker and its neuropsychiatric effects. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 44(2), 117–123 <http://www.tjps.pharm.chula.ac.th/ojs/index.php/tjps/article/view/188/251>
- Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: A case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1004–1014. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
- Losada, A., Márquez-González, M., & Pachana, N. A. (2014). Behavioral correlates of anxiety in well-functioning older adults. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1135–1146. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001148>

- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., Schwalm, M. T., Ceretta, R. A., Ceretta, L. B., & Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: Um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 28–35. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000100>
- Maximiano-Barreto, M. A., & Fermoseli, A. F. de O. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3), 801–814. <https://doi.org/10.15309/17psd180314>
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(2), 71–76. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>
- Moreira, A., Alvarelhão, J., Silva, A. G., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 179–182. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.003>
- Moreira, S. A. S. P., Almeida Nogueira, J., Silva, L. M., Tura Rangel, L. F., Peixoto Rodrigues, T., Costa Feitosa Alves, M. do S., Pinto Marques, M. D. C., Lima Alves, K., Gomes de Lima, L. B., & Oliveira Silva, A. (2016). Health Problems of Institutionalized Elderly. *International Archives of Medicine*, 9(59), 1–7. <https://doi.org/10.3823/1930>
- Namorado, A. C. F. F. (2013). *Estados afetivo-emocionais em pessoas idosas institucionalizadas e em centro de dia do concelho de Condeixa-a-Nova*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Oliveira, K. L. de, Santos, A. A. A. dos, Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351–359. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>
- Organização Mundial da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (6.^a ed.). McGraw Hill Education.

- Pignon, B., Tezenas du Montcel, C., Carton, L., & Pelissolo, A. (2017). The place of antipsychotics in the therapy of anxiety disorders and obsessive-compulsive disorders. *Current Psychiatry Reports*, *19*(12), 103. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0847-x>
- PORDATA. (2018). *BI de Portugal*. Base de Dados de Portugal Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Portugal>
- PORDATA. (2020). Base de dados de Portugal contemporâneo. <https://www.pordata.pt/>
- Potvin, O., Bergua, V., Swendsen, J., Meillon, C., Tzourio, C., Ritchie, K., Dartigues, J.-F., & Amieva, H. (2013). Anxiety and 10-year risk of incident and recurrent depressive symptomatology in older adults. *Depression and Anxiety*, *30*(6), 554–563. <https://doi.org/10.1002/da.22101>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Afonso, R. M., & Pachana, N. (2015). Predictors of anxiety in centenarians: Health, economic factors, and loneliness. *International Psychogeriatrics*, *27*(7), 1167–1176. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001628>
- Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H., Schork, A., & Angermeyer, M. C. (2001). The utilization of antidepressants in community-dwelling and institutionalized elderly—results from a representative survey in Germany. *Pharmacopsychiatry*, *34*(1), 6–12. <https://doi.org/10.1055/s-2001-15186>
- Rocha, V., Marques, A., Pinto, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2013). People with dementia in long-term care facilities: An exploratory study of their activities and participation. *Disability and Rehabilitation*, *35*(18), 1501–1508. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.742677>
- Rodrigues, M. J. de A. (2016). *Suporte social, ansiedade, depressão e qualidade de vida de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI* [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1804/1/Maria_Rodrigues.pdf
- Sami, M. B., & Nilforooshan, R. (2015). The natural course of anxiety disorders in the elderly: A systematic review of longitudinal trials. *International Psychogeriatrics*, *27*(7), 1061–1069. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001847>
- Santabárbara, J., Lopez-Anton, R., de la Cámara, C., Lobo, E., Gracia-García, P., Villagrasa, B., Bueno-Notivol, J., Marcos, G., & Lobo, A. (2019). Clinically significant anxiety as a risk factor for dementia in the elderly community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *139*(1), 6–14. <https://doi.org/10.1111/acps.12966>

- Schirda, B., Valentine, T. R., Aldao, A., & Prakash, R. S. (2016). Age-related differences in emotion regulation strategies: Examining the role of contextual factors. *Developmental Psychology*, 52(9), 1370–1380. <https://doi.org/10.1037/dev0000194>
- Sequeira, A., & Nunes da Silva, M. (2012). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3), 505–516. <https://doi.org/10.14417/ap.336>
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Silva, M. R. V. da. (2018). *Depressão e ansiedade e seus fatores associados: Um estudo com a população sénior de Vila Nova de Gaia* [Tese de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25694/2/Marisa%20Raquel%20Ven%C3%A2ncio%20da%20Silva.pdf>
- Singh, R. (2018). Significance of Physical Health for Psychological Well-being of Elderly. *The Anthropologist*, 31(1–3), 62–68. <https://doi.org/10.31901/24566802.2018/31.1-3.1987>
- Singh, R., Pant, K., & Lohia, P. (2017). Contact with family: A boost for mental health of institutionalised elderly. *Indian Journal of Health and Well-Being*, 8(8), 902–905. <https://www.researchgate.net/publication/320585927>
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192–200. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.986647>
- Sousa, R. D. de, Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the Portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, 4(196), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção* [Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf

- Therrien, Z., & Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*, *16*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.602960>
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.
- Veiga, B., Pereira, R. A. B., Pereira, A. M. V. B., Nickel, R. (2016). Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *19*(6), 1015–1021. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150053>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- World Health Organization (Ed.). (2010). *Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. WHO Press.
- World Health Organization. (2015). *The Global strategy and action plan on ageing and health*. World Health Organization. <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>
- Zahreddine, N., & Richa, S. (2015). Non-antidepressant treatment of generalized anxiety disorder. *Current Clinical Pharmacology*, *10*(2), 86–96. <https://doi.org/10.2174/15748847113089990058>