



Os sintomas ansiosos e depressivos como correlatos da ansiedade à doença numa amostra de idosos institucionalizados

Mara Inês Monteiro de Melo

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, setembro de 2020

Agradecimentos

Este trabalho de investigação é uma trajetória com diversos desafios, incertezas e de alguns percalços. Mas só foi possível percorrer este caminho com o apoio, ajuda, dedicação e força de várias pessoas.

Ao finalizar esta etapa tão importante na minha vida, quero agradecer a todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste trabalho de investigação.

O meu agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Helena Espírito Santo, pelo apoio, compreensão e orientação com um elevado e rigoroso nível científico e uma visão crítica construtiva o que contribuíram para enriquecer todas as etapas implícitas no trabalho realizado.

À Mestre Sandra Henriques, agradeço todo o apoio e motivação incondicional, ajudando a tornar este trabalho uma agradável experiência de aprendizagem.

Desejo igualmente agradecer aos meus colegas do Mestrado, por todo o trabalho de equipa desenvolvido, ajuda e motivação.

Quero agradecer à minha família, pelo apoio incondicional, não só nesta fase final, mas ao longo de todo o meu percurso académico.

Um agradecimento especial à minha irmã, Íris Melo, por sempre acreditar em mim e me apoiar em todos os meus objetivos.

Ao meu namorado, por me apoiar, incentivar e por toda a paciência para concluir esta etapa da minha vida e não me deixar desistir dos meus sonhos.

A todos o meu enorme e sincero agradecimento!

Resumo

Objetivo: A ansiedade à doença é caracterizada por uma predisposição para interpretar inadequadamente sensações corporais benignas como fisicamente prejudiciais. Esta condição poderá ser exacerbada pela coexistência de outras perturbações do foro psicológico. No entanto, a existência de literatura que possa esclarecer esta relação é escassa.

Este estudo teve como objetivo verificar se existe relação entre sintomas ansiosos, sintomas depressivos e a ansiedade à doença em idosos. Também foi objetivo deste estudo verificar o papel das variáveis sociodemográficas e clínicas que se associam à ansiedade à doença.

Método: A amostra incluiu 326 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos ($M = 75,12 \pm DP = 8,79$), sendo 117 institucionalizados e 209 pertencentes à comunidade. Os instrumentos utilizados foram a *Geriatric Depression Scale* - 8 itens, o *Geriatric Anxiety Inventory* e o *Short Health Anxiety Inventory*.

Resultados: Os resultados evidenciaram relação estatisticamente significativa entre ansiedade à doença, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva. Os idosos institucionalizados que reportaram mais ansiedade à doença foram os que indicaram mais sintomatologia ansiosa ($r = 0,50, p < 0,01$) e mais sintomatologia depressiva ($r = 0,42, p < 0,01$). A única variável sociodemográfica que influenciou a ansiedade à doença foi a área de residência, indicando os idosos residentes em meio urbano mais ansiedade à doença. A ansiedade à doença correlacionou-se com a toma de antipsicóticos ($r = 0,24; p < 0,05$).

Conclusão: Uma vez que se verifica uma correlação entre a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva e a ansiedade à doença será pertinente implementar de programas de intervenção que auxiliem na superação das principais dificuldades demonstradas. Assim, o diagnóstico precoce de ansiedade à doença pode representar um fator fulcral para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: ansiedade à doença; sintomas ansiosos; sintomas depressivos; institucionalização; idoso

Abstract

Purpose: Anxiety to the disease is characterized by a predisposition to misinterpret benign body sensations as physically disorders. However, there is little literature that can clarify this relationship.

This study aimed to verify if there is a relationship between anxious symptoms, depressive symptoms and anxiety to the disease in the elderly. This study also aimed to verify the role of sociodemographic and clinical variables that are associated with anxiety and disease.

Method: The sample included 326 individuals aged 60 years or older ($M = 75.12 \pm SD = 8.79$), of which 117 were institutionalized and 209 belonging to the community. The instruments used were the *Geriatric Depression Scale - 8 items*, the *Geriatric Anxiety Inventory* and the *Short Health Anxiety Inventory*.

Results: The results showed a statistically significant relationship between anxiety to the disease, anxious symptoms and depressive symptoms. The institutionalized elderly who reported more anxiety to the disease were those who indicated more anxiety symptoms ($r = 0.42, p < 0.01$). The only sociodemographic variable that influenced anxiety to the disease was the area of residence, indicating the elderly residents in urban areas more anxiety to the disease. Anxiety to the disease was correlated with antipsychotic ($r = 0.24; p < 0.05$).

Conclusion: Since there is a correlation between anxious symptomatology, depressive symptomatology and anxiety to the disease, it will be pertinent to implement intervention programs to help overcome the main difficulties demonstrated. Thus, the early diagnosis of anxiety to the disease may represent a key factor to improve the quality of life of the elderly.

Keywords: anxiety to the disease; anxious symptoms; depressive symptoms; institutionalization; elderly

Introdução

O envelhecimento da população tem aumentado graças à diminuição da fertilidade, natalidade e mortalidade associada a ampliação da esperança média de vida e, a par com esse aumento, a qualidade de vida dos cuidados de saúde têm também crescido (Villas-Boas et al., 2017).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2004), o envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível relacionado com uma multiplicidade de fatores particularmente psicológicos, biológicos e sociais (Direção-Geral da Saúde, 2004). O envelhecimento resulta assim em mudanças em que cada indivíduo interpreta, age e questiona possíveis consequências na sua qualidade de vida, principalmente nas perdas que se destacam na saúde (Freitas et al., 2010; Lekan, 2018; Schneider & Irigaray, 2008). Investigações recentes indicam que as doenças físicas e mentais afetam, de forma idêntica, o nível de funcionalidade e consequente qualidade de vida nas pessoas com mais de 65 anos (Zamorano et al., 2019). Ou seja, a última etapa do ciclo de vida traduz-se numa diminuição da capacidade funcional, da autonomia e da independência, que conduz em muitos casos ao processo de institucionalização (Freitas et al., 2010).

O recurso à institucionalização de pessoas com idade avançada parece estar relacionado com o surgimento de patologias demenciais e à associada dependência do idoso que exige mudanças consideráveis na dinâmica familiar, muitas vezes impossíveis de concretizar (Pinzón-Pulido et al., 2016). No entanto, esta opção implica muitas vezes, o agravamento de sintomatologia do foro psicológico e emocional. A literatura indica que os idosos que vivem em comunidade são mais resilientes comparativamente aos idosos institucionalizados, visto que o suporte às suas necessidades sociais, emocionais e financeiras é assegurado pelo auxílio familiar, sendo este apoio fulcral para a diminuição dos níveis de ansiedade, frustração e sintomatologia depressiva (Azeem & Naz, 2015). Em contrapartida, nos idosos institucionalizados a ruminação, a solidão, a separação familiar e a interferência de pensamentos negativos levam a um aumento da ansiedade e a uma diminuição na capacidade de resiliência perante as adversidades (Azeem & Naz, 2015; Thanoi et al., 2010).

A depressão é uma das causas significativas do sofrimento emocional na idade avançada geralmente afetando indivíduos com doenças crónicas, comprometimento cognitivo ou com incapacidades podendo contribuir para a morbilidade de outros distúrbios (Alexopoulos, 2005; Casey, 2017). O estudo de Silva et al. (2012) mostrou que esta realidade é ainda mais

evidente quando se trata de idosos institucionalizados comparativamente com os da comunidade. O mesmo estudo demonstrou que o sexo feminino tem mais probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva na idade avançada. Uma das possíveis explicações é o facto de as mulheres vivenciarem de forma mais negativa acontecimentos como por exemplo, o divórcio, a viuvez e a falta de apoio socioeconómico (Azeem & Naz, 2015; Gulzar et al., 2008).

Para além da sintomatologia depressiva, os idosos institucionalizados também apresentam uma elevada prevalência de sintomatologia ansiosa (Daniel et al., 2015; Pachana et al., 2007; Parmelee et al., 1993). Para tal facto contribuem fatores como a maior fragilidade, a perda de suporte social, e o predomínio de pensamentos direcionado à morte (Oliveira et al., 2006; Runcan, 2012; Vaughan et al., 2015). Acresce que à elevada prevalência de patologia depressiva, ansiosa e neurológica, a população idosa encontra-se frequentemente polimedicada (Espírito-Santo et al., 2019, 2019; Menezes et al., 2011; Napoleão et al., 2016; Santana et al., 2015).

Segundo a DGS (2004), metade da população idosa portuguesa considera a sua saúde como má ou muito má, sendo esta classificação proporcional ao aumento da procura de cuidados de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2004). Cerca de 80% dos indivíduos com mais de 65 anos têm pelo menos uma condição crónica de saúde e, com 75 ou mais anos, apresentam pelo menos três problemas crónicos de saúde (Lekan, 2018). Como é possível constatar, é altamente provável que pessoas de idade avançada apresentem condições de saúde compatíveis com o aumento de sintomas psiquiátricos como a depressão e a ansiedade (Schneider & Irigaray, 2008). É possível afirmar que uma parte considerável dessa sintomatologia tem origem num grau elevado de preocupação associada ao declínio das capacidades físicas, mentais, sociais, económicas e emocionais, sendo as preocupações com a saúde as mais evidentes (Montorio et al., 2003). Tais preocupações aumentam ainda mais a probabilidade de ocorrência de sintomas somáticos associados a transtornos de ansiedade (Palmer et al., 1997), de onde se podem originar problemas mais específicos como a ansiedade à doença (hipocondria).

Em indivíduos hipocondríacos é comum verificar-se uma redução da sintomatologia ansiosa após a consulta médica. No entanto, essa redução tem uma durabilidade curta (dias ou horas) e desaparece com o surgimento de um novo sintoma retomando-se o ciclo de preocupação hipocondríaca (Fallon et al., 2000). A ansiedade à doença está então associada a atribuições específicas que relacionam os sintomas sintomáticos principalmente a doenças graves e

moderadas (Hart & Björgvinsson, 2010). Ou seja, a ansiedade à doença é caracterizada por uma predisposição para interpretar inadequadamente sensações corporais benignas como fisicamente prejudiciais (Abramowitz et al., 2007; Bailer et al., 2016). De entre os sintomas característicos desta perturbação destacam-se a ruminação obsessiva sobre a doença, o medo de ficar infetado ou contaminado, excessivo interesse em informações médicas e preocupação em ter uma doença (Bailer et al., 2016).

Em indivíduos com diagnóstico depressivo e hipocondríaco foram identificados pensamentos e imagens mentais pautados por um conteúdo emocionalmente negativo direcionado para eventos futuros de doença ou morte (Fallon et al., 2000; Muse et al., 2010).

Existem vários fatores socioculturais que são pertinentes nesta patologia assim como a história prévia de saúde do indivíduo. Neste sentido, Boston e Merrick (2010) averiguaram que o baixo nível de escolaridade e a perda de funcionalidade são fatores que contribuem significativamente para a ansiedade à doença (Boston & Merrick, 2010). Outro estudo demonstrou também que idosos com maior fragilidade mostram níveis mais elevados de ansiedade à doença comparativamente com os menos frágeis (Bourgault-Fagnou & Hadjistavropoulos, 2009).

De forma conclusiva, compreende-se que o estado psicológico do indivíduo contribui para o surgimento da ansiedade à doença pois este distúrbio é caracterizado fundamentalmente por distorções cognitivas (Noyes, 1999).

No que concerne à população idoso institucionalizada em particular, a literatura ainda não é clara quanto à relação existente entre ansiedade à doença e sintomatologia ansiosa e depressiva. Neste sentido, a presente investigação tem como principal objetivo avaliar o nível de ansiedade à doença em idosos institucionalizados e verificar se há correlação entre a ansiedade à doença e sintomas depressivos e ansiosos. Deste modo, tornam-se objetivos específicos do presente estudo: 1) verificar se há diferenças e correlações da ansiedade à doença em função de algumas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil) e clínicas; 2) analisar as correlações entre a ansiedade à doença e os sintomas depressivos; 3) analisar as correlações entre a ansiedade à doença e os sintomas ansiosos.

Materiais e Métodos

Âmbito geral do estudo

A presente investigação inclui-se no projeto *Trajetórias do Envelhecimento* (PTDC/PSI-PCL/117379/2010).

Este estudo incluiu na sua equipa um grupo de seis estudantes do mestrado e de discentes da instituição que recebeu formação teórica e prática na administração dos vários instrumentos que pertencem ao protocolo e também na sua respetiva cotação, sob coordenação da Professora Doutora Helena Espírito Santo.

Este é um projeto que tem como objetivo entender a saúde física e mental dos idosos institucionalizados da população portuguesa da região Centro de Portugal. Assim este projeto permite recolher informação relativamente a variáveis de natureza física, emocional e cognitiva no decorrer do processo de envelhecimento.

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por indivíduos sujeitos a dois critérios. Relativamente aos critérios de inclusão teriam de participar indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, podendo ser institucionalizado ou pertencer a comunidade e ter conhecimento/assinar o consentimento informado. Os critérios de exclusão foram ser-se portador de doença mental e de alterações na capacidade motora que impedissem a realização da avaliação. Assim, de 475 idosos institucionalizados, foram excluídos 73 (15,4%) por estarem acamados, alguns devido a doenças físicas (e.g., doenças respiratórias), outros a doenças neurocognitivas graves (e.g., demência). Duzentos e oitenta e dois (59,4%) idosos foram excluídos devido a limitações associadas à pandemia de COVID.

A amostra recolhida contou com um total de 326 participantes, pertencendo a maioria à região centro (95,1%; 84,4% do distrito de Coimbra) e os restantes às regiões Norte (0,3%) e Lisboa (4,6%). A amostra foi dividida em duas subamostras, a subamostra da comunidade com um total de 209 indivíduos e a subamostra dos institucionalizados com um total de 117 indivíduos. De acordo com uma pré-análise do poder estatístico com o software G* Power (Faul et al., 2007), a dimensão da amostra foi adequada para detetar efeitos médios ($w = 0,3$; $d = 0,5$; $f = 0,25$; $r = 0,5$), com um poder estatístico $> 0,80$ e alfa = 0,05 para os respetivos testes estatísticos (qui-quadrado, teste t , ANOVA, correlações e análises de regressão).

Procedimentos

Em primeiro lugar foram solicitadas as autorizações nas instituições cooperativas para a realização deste estudo, ou seja, a autorização para a realização da avaliação dos seus utentes.

A amostra institucionalizada deste estudo foi obtida com técnica de amostragem de conveniência nas diferentes entidades (todos os sujeitos), em que 18 se recusaram a participar no estudo, sendo sete (1,5%) recusas em lar e 11 (2,3%) em centro de dia.

Na comunidade, os idosos foram recrutados através de pessoas conhecidas dos avaliadores e vizinhos dessas mesmas pessoas através de amostragem em bola de neve e conveniência geográfica, em que apenas cinco (6,7%) se recusaram.

Também foi requerida a autorização aos autores dos instrumentos que fazem parte do protocolo desta investigação por via e-mail. O protocolo de investigação foi constituído por oito instrumentos de avaliação psicológica e sete neuropsicológica.

Numa segunda fase procedeu-se à leitura do consentimento informado ao participante, para que os sujeitos tivessem o conhecimento dos objetivos do estudo, mencionando a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. De seguida, iniciou-se o levantamento de dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão prévia, etc.) e posteriormente deu-se seguimento à recolha de dados.

A administração dos protocolos decorreu entre os meses de Outubro e Março de 2019-2020 sendo que os participantes demoravam cerca de 70 minutos a concluir um protocolo.

Na administração dos instrumentos, as pausas foram decorrendo naturalmente, isto é, ocorriam quando o indivíduo mostrava ou verbalizava sinais de cansaço.

Os idosos de centro de dia e de apoio domiciliário institucionalizados recebiam apoio social, apoio psicológico e animação sociocultural durante todo o dia.

De forma a cumprir com os pressupostos éticos e deontológicos inerentes à investigação com seres humanos, o referido estudo (DI&DISMT/2-2013) foi aprovado pelo Comité de Ética do Instituto Miguel Torga de Ensino Superior.

Numa última fase, com o objetivo de se estudar a fidedignidade, 55 idosos foram reavaliados com um intervalo de tempo de um mês, através de oito dos instrumentos da bateria, incluindo o *Short Health Anxiety Inventory*.

Instrumentos

Com o *Questionário de dados sociodemográficos e clínicos* pretendíamos recolher informação pertinente relativamente a idade (\geq a 60 anos), o sexo, estado civil, as habilitações literárias de acordo com o sistema de ensino português, a profissão [de acordo com as 10 categorias da Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010)] que a *posteriori* foram recategorizadas na categoria *Manual* (e.g., agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca) e *Intellectual* (e.g., pessoal administrativo e similares), e a área de residência de acordo com a tipologia de áreas urbanas (Área predominantemente urbana, Área mediantemente urbana e Área predominantemente rural; INE, 2009). Relativamente à população institucionalizada, questionou-se ainda o tempo de institucionalização. No que diz respeito às variáveis clínicas, questionou-se sobre a medicação utilizada, existência de diagnósticos psicológicos/psiquiátricos e neurológicos e respetivos acompanhamentos (referentes ao seu passado e ao momento presente).

O *Short Health Anxiety Inventory* versão Torga [SHAI; versão original de Salkovskis et al. (2002); versão portuguesa de H. Espírito Santo (2019)] tem como principal objetivo medir a ansiedade à doença. Este instrumento está dividido em duas subescalas. A primeira subescala definida por subescala da Doença, que é constituída por 14 itens, mede a preocupação com a saúde e as consequências, sensações corporais de ter uma doença. A segunda subescala definida por subescala de Consequências Negativas é constituída apenas por quatro itens que avaliam as consequências negativas de sofrer de uma doença grave. Cada item tem quatro opções de resposta, cotadas de zero a três pontos. O total varia entre 0 e 42 pontos (maior ansiedade à doença). Embora os pontos de corte de 15, 17, 18 e 20 sejam relatados na literatura, não há informações suficientes sobre como esses valores foram identificados (Alberts et al., 2013). Relativamente às características psicométricas da versão original, o SHAI apresenta um alfa de Cronbach de 0,95 (P. M. Salkovskis et al., 2002), na versão portuguesa o alfa de Cronbach foi de 0,93, enquanto que neste estudo se encontrou um valor alto em ambos os grupos e respetivas subescalas (Tabela 1).

A *Geriatric Depression Scale-8* [GDS-8; versão original de Yesavage et al. (1983); versão portuguesa de Barreto et al. (2007); validação da versão curta de Figueiredo-Duarte et al. (2019)] tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva e a sua severidade. Foi desenvolvido para ser aplicado na população geriátrica. Neste estudo usámos a versão de oito itens (Figueiredo-Duarte et al., 2019) que deriva da versão original de 30 itens do

mesmo autor (Yesavage et al., 1982), apresenta o mesmo formato de resposta dicotômico (sim/não) de forma a simplificar a sua administração. No que diz respeito à sua pontuação total, esta pode variar entre 0 e 8 pontos em que a maior pontuação corresponde a sintomatologia depressiva mais severa, com um ponto de corte de 6 pontos (inclusive) (Yesavage et al., 1982). Relativamente aos valores de confiabilidade, a versão original deste instrumento apresentou um valor de alfa de Cronbach de 0,94 (Yesavage et al., 1982) e de 0,87 na versão portuguesa (Figueiredo-Duarte et al., 2019). Neste estudo os valores de consistência interna foram semelhantes em ambos os grupos, apresentando uma consistência interna alta (Tabela 1).

O *Geriatric Anxiety Inventory* [GAI; versão original de Pachana et al.(2007); tradução e validação de Daniel et al.(2015)] é uma escala que permite quantificar a sintomatologia ansiosa. Esta é constituída por 20 itens com uma forma de resposta dicotômica simples (“concordo” ou “discordo”) e aplicável num curto período. A pontuação total pode variar entre 0 e 20 pontos, sendo que o aumento da pontuação é diretamente proporcional à severidade da sintomatologia ansiosa, com um ponto de corte de 10/11 pontos. Relativamente às características psicométricas da versão portuguesa, o GAI apresenta um alfa de Cronbach de 0,94 (Daniel et al., 2015), sendo um valor idêntico ao da versão original do mesmo instrumento (0,91; Pachana et al., 2007). Neste estudo o valor de alfa de Cronbach nos dois grupos apresentou uma consistência interna alta com um valor superior a 0,90 (Tabela 1).

Análise estatística

O tratamento e da análise estatística foram efetuados com recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 26.0 para Macintosh, SPSS, 2012).

Quanto às propriedades psicométricas, recorreu-se à análise de confiabilidade das escalas GDS-8, GAI, SHAI e respetivas subescalas, através do alfa de Cronbach (Tabela 1).

Seguidamente, procedeu-se à caracterização da amostra em estudo através da análise descritiva das variáveis sociodemográficas (médias, desvio-padrão, mínimos e máximos) e através do qui-quadrado da independência (χ^2). Para além disso, também se analisaram as variáveis clínicas da amostra através do qui-quadrado da aderência (χ^2) e do teste *t* de Student e calculou-se o tamanho de efeito (ϕ) para determinar assim o *g* de Hedges. Os tamanhos de efeito para o

teste *t* de Student foram considerados baixos entre 0,20 e 0,49, moderados entre os valores 0,50 e 0,79, altos entre os valores 0,80 e 1,29 e muito altos em valores acima de 1,30 (H. Espírito Santo & Daniel, 2015).

Posteriormente, procedeu-se ao cálculo de estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados neste estudo (GDS-8, GAI e SHAI) e suas respectivas subescalas, incluindo as médias, desvio-padrão, valores mínimos e máximos.

Efetuiu-se também a análise da comparação das pontuações no SHAI entre os grupos e as categorias das variáveis sociodemográficas através do Teste *t* de Student para amostras independentes e da ANOVA, determinando o tamanho de efeito [respetivamente, *d* de Cohen ou *g* de Hedges e η^2]. Os tamanhos do efeito para o teste *t de Student* foram considerados baixos entre 0,20 e 0,49, moderados entre 0,50 e 0,79, altos entre 0,80 e 1,29 e muito altos a partir de 1,30 (Espírito Santo & Daniel, 2017). Os tamanhos de efeito para o teste estatístico ANOVA foram considerados até 0,10 como pequeno, superior a 0,10 até 0,25 como médio e superior a 0,25 a 0,40 como grande (H. M. A. Espírito Santo & Daniel, 2018).

Para a determinação das correlações entre o instrumento SHAI e suas respectivas subescalas com os restantes instrumentos (GDS-8 e GAI) recorreu-se à análise correlacional de Pearson e o respetivo coeficiente de determinação ($R^2 = r^2 \times 100$).

O nível de significância estabelecido para os testes estatísticos foi de um valor mínimo de alfa de 0,05.

Resultados

Análises preliminares

Consistência Interna. Para a análise da consistência interna do GDS-8, GAI e SHAI, os valores do alfa de Cronbach são apresentados na Tabela 1.

Para a análise de confiabilidade do GDS-8, respetivamente a consistência interna, o valor de Cronbach foi de 0,88 para a amostra dos idosos da comunidade e 0,87 para a amostra dos idosos institucionalizados, o que indica valores de consistência interna alta.

No que respeita ao GAI, a consistência interna apresentou-se alta em ambos os grupos, com um valor superior a 0,90.

Relativamente ao valor de alfa para o SHAI, as subescalas apresentaram boa fiabilidade nos dois grupos com valores compreendidos entre os 0,73 e os 0,93.

Tabela 1*Análise de Confiabilidade de GDS-8, GAI e SHAI e suas subescalas (N = 326)*

Grupo	Instrumentos	Subescalas	Alfa Cronbach
Comunidade (n = 207)	GDS-8	Total	0,88
	GAI	Total	0,94
		Doença	0,89
	SHAI	Consequências negativas	0,73
		Total	0,90
Institucionalizados (n = 117)	GDS-8	Total	0,87
	GAI	Total	0,92
		Doença	0,91
	SHAI	Consequências negativas	0,89
		Total	0,93

Nota. GDS-8 = Geriatric Depression Scale; GAI = Geriatric Anxiety Scale; SHAI = Short Health Anxiety Inventory.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Precedentemente aos resultados principais efetuou-se a caracterização da amostra com base nas variáveis sociodemográficas (Tabela 2).

A amostra total do presente estudo ficou constituída por 326 sujeitos, sendo que a subamostra da comunidade incluiu 209 participantes, revelando uma proporção de homens/mulheres idosos homogênea à da população idosa da região Centro ($\chi^2_1 = 0,670$; $p = 0,413$; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019), e a subamostra de institucionalizados englobou 117 participantes.

Constatou-se que o sexo feminino foi prevalente na amostra e subamostras: 206 (63,2%) eram da AG, 125 (60,7%) pertenciam aos idosos da comunidade e 81 (39,3%) aos idosos institucionalizados, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2 = 3,00$; $p > 0,05$).

Relativamente à faixa etária, verificou-se que na amostra global a maioria dos indivíduos tinha idades abrangidas entre os 70 e os 79 anos (34,0%); no grupo dos idosos da comunidade, a maioria tinha entre os 60 e os 69 anos (45,5%) com uma proporção de indivíduos por faixa etária não equivalente à encontrada na região Centro ($\chi^2_3 = 17,25$; $p = 0,001$). No grupo dos idosos institucionalizados, a faixa etária mais prevalente foi dos 80 aos 89 anos (52,1%).

Assim, averiguou-se que existiram diferenças significativas entre os grupos relativamente à variável idade ($p < 0,001$).

Relativamente às habilitações literárias, a maior parte dos indivíduos completou o 1º ciclo tanto na amostra global como nos outros dois grupos. As proporções relativamente às habilitações literárias, segundo os dados PORDATA (2020) para indivíduos com mais de 65 anos não foram homogêneas ($\chi^2_5 = 42,72$; $p < 0,001$). É de salientar o facto de no grupo dos idosos institucionalizados existirem alguns indivíduos sem escolaridade (13,7%). Entre os grupos houve diferenças estatisticamente significativas no que respeita à escolaridade ($p > 0,001$).

No que se refere à categoria profissional, observou-se que a maioria dos indivíduos da amostra desempenhou atividades profissionais pertencentes à categoria manual, não se verificando diferenças estatisticamente significativas nesta variável ($\chi^2 = 3,74$; $p > 0,05$).

Quanto ao estado civil, verificou-se que grande parte da amostra global (51,5%) e dos idosos da comunidade (64,1%) se encontravam casados/união de factos. Contudo, no grupo dos idosos institucionalizados, verificou-se uma maior prevalência da viuvez (59,0%), constatando-se diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,001$).

Quanto à distribuição geográfica verificou-se uma predominância dos indivíduos que residiam em meio rural, verificando-se igualmente diferenças significativas ($p < 0,001$).

Relativamente à proporção por categoria profissional, estado civil e a tipologia de residência para faixas etárias acima dos 60 anos, os dados não se encontram disponíveis nem nos sites do INE nem no da PORDATA (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019; PORDATA, 2020). Por último, relativamente ao grupo dos idosos institucionalizados no que concerne ao tempo de institucionalização, podemos indicar uma duração média de 384 meses ($M = 13,54$; $DP = 37,72$). Ainda acerca do mesmo grupo, estes foram divididos em três subgrupos: centro de dia ($n = 39$; 33,3%), lar ($n = 58$; 49,6%) e apoio domiciliário ($n = 20$; 17,1%). Procedeu-se ao teste de qui-quadrado da aderência que indicou que a proporção de idosos por tipo de resposta social na nossa amostra era diferente, de forma estatisticamente significativa, da 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 (POORDATA, 2020).

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica da Amostra e Subgrupos (N = 326)

		Amostra Global		Comunidade (n = 209)		Institucionalizados (n = 117)		χ^2
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	120	36,8	84	70,0	36	30,0	2,86 ^{ns}
	Feminino	206	63,2	125	60,7	81	39,3	
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	65,7	122	61,9	83	72,2	3,38 ^{ns}
	Intelectual	107	34,3	75	38,1	32	27,8	
Estado Civil	Solteiro	18	5,5	10	4,8	8	6,8	48,35 ^{***}
	Separado/ 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; C = Comunidade; I = Institucionalizados; χ^2 = Qui-quadrado da independência; M = Média; N = Número de sujeitos.

¹ Sem escolaridade.

^a Associação linear-por-linear;

^b Alguns 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.

A caracterização Clínica de um Grupo de Idosos da Comunidade (IC) e um grupo de Idosos Institucionalizados (II)

Procedeu-se também à comparação das pontuações no SHAI entre as categorias das variáveis clínicas mais salientes para o respetivo estudo através da análise ANOVA e eta quadrado.

Na Tabela 3, podemos verificar que o qui-quadrado da independência mostrou que não existiram diferenças estaticamente significativas entre os grupos relativamente ao diagnóstico ($\phi = 0,11$).

Constatou-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que concerne ao consumo de alguns psicofármacos: antidepressivos ($t = 2,01$; $g = 0,24$), antipsicóticos ($t = 2,21$; $g = 0,31$), benzodiazepinas ($t = 2,09$; $g = 0,25$) e dopamiméticos ($t = 2,24$; $g = 0,26$), no entanto, os tamanhos de efeito foram pequenos.

No que respeita aos outros fármacos do SNC apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no consumo de dopamiméticos ($t = 2,24$; $g = 0,26$).

Para além dos medicamentos anteriormente mencionados, os idosos tomavam também outros medicamentos que pertencem ao grupo de outros fármacos. Aqui apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na toma de diuréticos ($t = 4,07$; $g = 0,49$) e de outros fármacos gerais ($t = 3,53$; $g = 0,40$).

Contabilizando todos os fármacos com impacto cognitivo verifica-se que na amostra global os indivíduos tomam cerca de 3 fármacos ($M = 3,11$; $DP = 3,04$; $p < 0,01$), nos idosos da comunidade tomam cerca de 3 fármacos ($M = 2,69$; $DP = 2,48$; $p < 0,01$) e no grupo dos idosos institucionalizados tomam aproximadamente cerca de quatro fármacos ($M = 3,95$; $DP = 3,81$; $p < 0,01$). Como se pode verificar, o qui-quadrado da independência demonstrou diferenças estatisticamente significativas no número total de fármacos com impacto cognitivo entre os grupos ($\chi^2 = 4,15$; $\phi = 0,48$), com um tamanho de efeito pequeno.

No que se refere ao número total de fármacos verificamos que na amostra global os indivíduos tomavam cerca de 3 fármacos ($M = 3,37$; $DP = 3,22$; $p < 0,01$), os idosos da comunidade tomam cerca de 3 fármacos ($M = 2,93$; $DP = 2,59$; $p < 0,01$) e os idosos institucionalizados tomam cerca de 4 fármacos ($M = 4,26$; $DP = 4,07$; $p < 0,01$). Também se verificou que existiram diferenças estatisticamente significativas com um tamanho de efeito pequeno ($\chi^2 = 4,05$; $\phi = 0,47$).

Tabela 3

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

Variáveis Clínicas		Global (N = 326)		IC (n = 209)		II (n = 117)		χ^2	ϕ
		n	%	n	%	n	%		
Categorias 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		
		M	DP	M	DP	M	DP	t	g
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}
	Dopaminérgicos (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}
Outros fármacos	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 gerais	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. χ^2 = Qui-quadrado da independência; 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 melatonérgico 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.

A *posteriori*, efetuaram-se as análises descritivas (média, desvios-padrão, mediana, mínimos e máximos) dos instrumentos deste estudo (SHAI, GDS-8 e GAI).

Relativamente ao SHAI, verificou-se que, na amostra dos idosos institucionalizados, a média foi mais alta comparativamente com os idosos da comunidade, contudo, o teste *t* de Student demonstrou que esta diferença não é estatisticamente significativa, ainda que apresente um tamanho de efeito pequeno ($t = 1,70$; $g = 0,20$).

No que se refere à subescala *Doença* que avalia a ansiedade à doença, encontrou-se um valor elevado nos dois grupos; (IC: $M = 14,78$; $DP = 8,21$; Mínimo = 2,00; Máximo = 37,00) e (II: $M = 15,75$; $DP = 8,29$; Mínimo = 1,00; Máximo = 40,00). Aqui não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Ao nível dos sintomas depressivos, avaliados pela GDS-8, verificou-se que a pontuação média obtida pelos indivíduos no grupo dos idosos institucionalizados foram baixos ($M = 3,91$; $DP = 2,85$) tendo em consideração o intervalo de tempo que varia entre 0 e 8. Também aqui não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t = 1,30$; $g = 0,15$), sendo igualmente o tamanho de efeito considerado insignificante.

No que concerne à sintomatologia ansiosa mediada pelo GAI, constatou-se que o valor médio é semelhante em ambos os grupos; (II: $M = 10,40$; $DP = 6,18$) e (IC: $M = 10,35$; $DP = 6,78$), sendo que aqui também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t = -0,07$; $g = 0,01$) e o tamanho de efeito foi igualmente considerado insignificante.

Na Tabela 5 podemos verificar através dos resultados que a ansiedade à doença não variou em função das variáveis sociodemográficas, com exceção da variável espaço geográfico. Assim sendo, posteriormente procedeu-se à análise da variância (ANOVA), constatando-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade à doença e os subgrupos do espaço geográfico, sendo que os indivíduos que residem em meio urbano apresentavam valores médios mais elevados nos três grupos comparativamente com o meio misto e rural.

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

Instrumentos	Subescalas	IC (n = 217)				II (n = 109)				t	g de Hedges
		M ± DP	Md	Mín	Máx	M ± DP	Md	Mín	Máx		
SHAI	Doença	14,78 ± 8,21	13,00	2,00	37,00	15,75 ± 8,29	14,00	1,00	40,00	1,02 ^{NS}	0,12 ^{INS}
	Consequências negativas	3,14 ± 2,78	2,00	0,00	12,00	4,24 ± 3,39	3,00	0,00	12,00	3,00*	0,36†
	Total	17,96 ± 10,00	16,00	2,00	45,00	19,99 ± 10,83	18,00	1,00	52,00	1,70 ^{NS}	0,20†
GDS-8	Total	3,47 ± 2,89	3,00	0,00	8,00	3,91 ± 2,85	4,00	0,00	8,00	1,30 ^{NS}	0,15 ^{INS}
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}

Nota. IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizados; SHAI = Short Health Anxiety Inventory (Escala de Ansiedade à doença); GDS-8 = Geriatric Depression Scale; GAI = Geriatric Anxiety Scale

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

† Tamanho do efeito pequeno; †† Tamanho do efeito moderado; ††† Tamanho do efeito grande; †††† Tamanho de efeito muito grande.

Tabela 5

Comparação do SHAI entre os Subgrupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas ($N = 326$)

		Questionário de Ansiedade à doença					
		Doença		Consequência negativas		Total	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Masculino	16,26	8,04	4,66	3,86	20,92	10,79
	Feminino	15,53	8,43	4,05	3,16	19,58	10,89
<i>t Student (t, d)</i>		(0,43 ^{NS} ; 0,08)		(0,90 ^{NS} ; 0,18)		(0,61 ^{NS} ; 0,12)	
Idade	60-69	17,80	9,70	5,60	4,00	23,40	13,37
	70-79	16,92	9,09	3,56	3,31	20,48	11,80
	80-89	15,18	7,88	4,21	3,23	19,39	10,25
	>90	15,05	8,09	4,48	3,66	19,52	10,49
	ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,51 ^{NS} ; 0,01)		(0,91 ^{NS} ; 0,02)		(0,42 ^{NS} ; 0,01)
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	15,94	8,98	5,00	3,86	20,94	11,42
	Sabe ler e escrever	15,17	10,28	4,67	3,88	19,83	13,01
	1.ºCiclo	15,59	8,16	4,05	3,15	19,63	10,69
	2.ºCiclo	15,60	8,91	3,80	4,76	19,40	11,15
	3.ºCiclo	15,25	8,42	2,25	1,71	17,50	9,54
	Ensino Secundário	0,00	0,00	10,50	2,12	36,00	1,41
	Licenciatura	14,50	10,61	3,50	3,54	18,00	14,14
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,47 ^{NS} ; 0,25)		(1,65 ^{NS} ; 0,08)		(0,81 ^{NS} ; 0,04)	
Categoria Profissional	Manual	15,75	8,51	4,42	3,43	20,17	11,00
	Intelectual	15,50	8,02	3,90	3,37	19,41	10,85
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,02 ^{NS} ; 0,00)		(0,53 ^{NS} ; 0,01)		(0,11 ^{NS} ; 0,00)	
Estado Civil	Solteiro	18,63	12,66	5,38	4,84	24,00	17,25
	Separado(a)/Divorciado	14,33	11,29	4,00	3,79	18,33	14,95
	Viúvo (a)	14,81	7,92	4,20	3,33	19,01	10,18
	Casado/ União de facto	17,24	7,25	4,09	3,16	21,32	9,66
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(1,04 ^{NS} ; 0,03)		(0,33 ^{NS} ; 0,01)		(0,77 ^{NS} ; 0,02)	
Espaço Geográfico	Urbano	24,24	6,20	7,29	4,16	31,53	9,31
	Misto	12,62	8,55	2,07	1,89	14,69	10,00
	Rural	14,56	7,63	3,97	3,02	18,53	9,76
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(12,94 ^{***} ; 0,19)		(11,65 ^{***} ; 0,17)		(14,87 ^{***} ; 0,21)	

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen; SHAI = Short Health Anxiety Inventory (Escala de Ansiedade à doença).

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

A Tabela 6 apresenta os valores das correlações de Pearson entre o SHAI com os medicamentos e as comparações com os grupos de diagnóstico.

Através dos resultados obtidos podemos verificar que a ansiedade à doença se correlacionou de forma positiva e estatisticamente significativa com os antipsicóticos ($r = 0,24$; $R^2 = 5,8\%$). Relativamente ao grupo de diagnóstico, verificou-se que, no grupo dos idosos institucionalizados, o diagnóstico de doença com impacto no funcionamento cognitivo apresentou uma média maior no SHAI ($M = 21,88$; $DP = 10,44$). Assim, através da análise de variância podemos verificar que existiram diferenças estatisticamente significativas entre o resultado total do SHAI e os vários grupos de diagnóstico ($F = 0,12$).

Tabela 6

Correlações e Comparações do SHAI pelas Variáveis Clínicas no Grupos Idosos Institucionalizados (N = 117)

		<i>r</i>	<i>R</i> ² (%)
Classe de Medicamentos	Antidepressivos	-0,20 ^{NS}	4,0
	Antipsicóticos	0,24*	5,8
	Benzodiazepinas	0,10 ^{NS}	1,0
		<i>M</i>	<i>DP</i>
Grupos de Diagnóstico	RS/DSIC	20,67	10,64
	DCIFC	21,88	10,44
	Doença Mental	20,71	12,76
ANOVA (F ; η^2) = (0,12*; 0,00)			

Nota. F = ANOVA; r = coeficiente de correlação de Pearson; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); d = d de Cohen; *SHAI* = *Short Health Anxiety Inventory* (Escala de Ansiedade à doença).

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

Na Tabela 7 são identificadas as correlações de Pearson entre o SHAI, o GDS-8 e o GAI. Para tal, determinou-se preliminarmente a normalidade da distribuição das pontuações dos instrumentos em estudo através do teste de Shapiro-Wilk e, sempre, que no respetivo teste houvesse indicações de não-normalidade ($p < 0,05$), calculou-se a simetria e a curtose seguindo as diretrizes de Kim (2013). Este autor menciona que, para amostras entre 50 e 300, o valor de z (medida / erro padrão da medida) deve ser superior ao módulo de 3,29. Para as variáveis cuja distribuição não fosse normal, procedeu-se de acordo com a metodologia mencionada por Templeton (2011). Assim sendo verificou-se que o SHAI apresentou uma correlação elevada com sintomatologia ansiosa medida pelo GAI ($r = 0,50$; $R^2 = 25,0\%$) e uma correlação moderada com a sintomatologia depressiva medida pela GDS-8 ($r = 0,37$; $R^2 = 13,6\%$), sendo ambas estatisticamente significativas e positivas.

Tabela 7*Correlações de Pearson entre o SHAI, GDS-8 e GAI (N = 117)*

Instrumentos	GDS-8	GAI
SHAI	0,37**	0,50**

Nota. GDS-8 = *Geriatric Depression Scale* (Escala de Depressão Geriátrica); GAI = *Geriatric Anxiety Scale* (Inventário Geriátrico de Ansiedade); SHAI = *Short Health Anxiety Inventory* (Escala de Ansiedade à doença).

** $p < 0,01$.

Discussão

A ansiedade à doença é uma perturbação que pode afetar indivíduos de todas as idades em que os principais sintomas são o receio de ter uma doença, a excessiva preocupação com sensações corporais, a procura frequente por cuidados médicos e também o receio da morte (Paul M Salkovskis & Clark, 1993). O SHAI é um inventário de rastreio que pode ser usado para avaliar a presença desta perturbação tanto em contexto clínico como não-clínico.

O presente estudo teve como principal objetivo estudar a ansiedade à doença e a sua relação com os sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados. O estudo contou com a participação de 326 sujeitos, em que 209 pertenciam à comunidade e 117 estavam institucionalizados.

Os resultados deste estudo apontam para um percentual maior dos sujeitos do sexo feminino (39,3%) em idosos institucionalizados. A mesma situação observou-se em outros estudos com a população geriátrica institucionalizada (Aguiar et al., 2008; Gonçalves, 2012; Lini et al., 2014). Relativamente à variável idade, encontrou-se uma maior prevalência de indivíduos com idade compreendida entre os 80 e os 89 anos nos idosos institucionalizados (52,1%) o que vai ao encontro dos estudos Lini et al. (2014) e de Aguiar et al. (2008). Podemos também verificar que a maioria dos idosos institucionalizados são viúvos/as (59,0%), comparativamente ao estudo de Gonçalves (2012) numa amostra com características semelhantes. No que concerne ao tempo de institucionalização, encontramos uma duração média de 384 meses ($M = 13,54$; $DP = 37,72$) o que vai ao encontro do tempo de institucionalização verificado no estudo de Dantas (2019) com uma média de 361 meses de institucionalização.

Neste estudo, a ansiedade à doença não se relaciona com o consumo de psicofármacos (antidepressivos e benzodiazepinas) no grupo dos idosos institucionalizados, o que não se torna coerente com alguns estudos. O consumo de antidepressivos é suportado por alguns estudos que verificaram que os sintomas depressivos são mais frequentes em idosos institucionalizados

do que na comunidade (Silva et al., 2012; Vaz, 2009). Este facto que pode ser explicado por aspetos relacionados com o viver numa instituição, tais como rotinas estipuladas pelas instituições, convívio com pessoas desconhecidas, perda de autonomia e tomada de decisão, e fundamentalmente a perda do meio familiar (Silva et al., 2012; Vaz, 2009). A perda da qualidade de vida, a preocupação com a saúde e o declínio das capacidades físicas, na população geriátrica, são outros fatores que se relacionam com a sintomatologia depressiva (Vaz, 2009). A prevalência de consumo de benzodiazepinas é similar à encontrada em outros estudos realizados com a população geriátrica institucionalizada (A. Gonçalves et al., 2017; Graça & Coelho, 2014). As benzodiazepinas são o grupo de medicamentos mais recomendados para a ansiedade, o que poderá ser uma possível interpretação para os resultados obtidos (Ferreira, 2010). Segundo a Infarmed (2020), as benzodiazepinas são eficazes como ansiolíticos e hipnóticos, sendo também indicadas para relaxamento muscular, anestesia e anticonvulsivantes. No que concerne ao consumo total de fármacos, comparativamente ao estudo de Aguiar et al. (2008), onde se verificou que os idosos institucionalizados tomavam em média 2,7 fármacos, ou seja, aproximadamente três medicamentos, no nosso estudo verificou-se que os idosos institucionalizados tomam cerca de quatro fármacos ($M = 4,26$; $DP = 4,07$). Noutro estudo verificou-se uma média idêntica de 4,38 fármacos tomados por cada idoso institucionalizado (Dantas, 2019).

Tal como os resultados neste estudo, o estudo de Bourgault-Fagnou e Hadjistavropoulos (2009) demonstrou que a faixa etária não é um predisponente para a ansiedade à doença, sugerindo-se que a ansiedade à doença é elevada em função da fragilidade e não em função da idade.

No presente estudo verificou-se que a média da sintomatologia ansiosa à doença foi superior nos idosos institucionalizados, sendo o receio à morte um dos sintomas mais comuns. Segundo Azeem e Naz (2015), esta ansiedade à morte nos idosos institucionalizados poderá ser explicada, pela solidão e separação da família comparativamente com os idosos da comunidade. Outro estudo em adultos mencionou o mesmo (Schütte et al., 2016).

A correlação entre a ansiedade à doença (SHAI) e a sintomatologia ansiosa (GAI) é mais alta comparativamente com a correlação entre a ansiedade à doença e a sintomatologia depressiva (GDS-8). Scarella et al. (2016), numa amostra mais jovem, verificaram que a hipocondria se encontrava mais relacionada com sintomas ansiosos e distúrbios ansiosos do que com sintomas depressivos e distúrbios depressivos, referindo que a própria preocupação com a saúde se relaciona com distúrbio de ansiedade. O aumento da mortalidade e a frequente procura de cuidados de saúde encontram-se diretamente relacionados com a sintomatologia ansiosa, o que explicará a relação (Uchmanowicz & Gobbens, 2015). Apesar do exposto, a correlação entre o

SHAI e GDS-8 não é negligenciável, sendo de magnitude moderada; ou seja, quanto maior a ansiedade à doença, mais sintomas depressivos são reportados pelos idosos institucionalizados. Esta relação será entendida à luz da ligação entre doença física crónica e a depressão em pessoas idosas (Park et al., 2017).

Limitações

Apesar do presente estudo poder contribuir para futuras investigações sobre a ansiedade à doença em idosos institucionalizados ou na comunidade, também apresenta as suas limitações. Uma das quais prende-se com o facto de o número de participantes institucionalizados ($n = 117$) ser menor comparativamente com os participantes da comunidade ($n = 209$), não permitindo assim uma maior generalização dos resultados. Outro aspeto a considerar é o facto de a proporção da população geriátrica por cada tipo de resposta social não ser similar à proporção encontrada na região Centro do distrito de Coimbra. Para além de que a amostra deste estudo se trata de uma amostra de conveniência, tendo sido a recolha de dados realizada predominantemente nos locais de estágio, onde conheciam o psicólogo que administrou o protocolo. Já na subamostra da comunidade a recolha de dados foi realizada predominantemente a indivíduos conhecidos e a indivíduos indicados pelos próprios. Assim, na escolha da amostra para este estudo podem ter ocorrido possíveis vieses de seleção o que poderá ter implicações nos resultados obtidos sobre esta população.

Também é importante referir que alguns participantes desta amostra apresentam problemas de saúde mental, o que pode comprometer a validade do protocolo.

Em alguns instrumentos e suas respetivas subescalas os valores de confiabilidade encontravam-se acima do recomendado, podendo refletir redundância em vez de homogeneidade.

Através dos resultados obtidos, consideramos que estes constituem linhas orientadoras para auxiliar investigações futuras. Considera-se importante incluir nas investigações futuras amostras mais representativas, incluindo diferentes distritos e estudar o papel dos fatores de risco e de variáveis que possam ser protetoras, sendo também de grande relevância integrar amostras clínicas em futuras investigações para averiguar a validade do protocolo.

Conclusão

Na população geriátrica, que tem vindo a aumentar, é cada vez mais importante compreender o seu estado de saúde psicológico com o objetivo de se adaptar a intervenção realizada às crescentes necessidades desta população.

Através dos resultados obtidos nesta investigação, concebe-se que há uma relação entre a ansiedade à doença, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos. Assim, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos aparentam variar com a percepção do idoso sobre o seu “estado de saúde” e respetiva ansiedade em relação ao mesmo.

É fulcral a intervenção psicológica junto desta população-alvo de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida. Este estudo também permite alertar instituições e municípios para a importância do acompanhamento e intervenção do psicólogo nesta faixa etária em que muitas vezes as preocupações de saúde que são transmitidas pelos mesmos poderão ser reflexos de problemas de saúde mental.

A carência a nível de uma intervenção psicológica adequada às necessidades da população em causa nas referidas instituições poderá ser uma realidade. Os nossos resultados chamam a atenção para a necessidade de implementação de programas de intervenção que auxiliem na superação das principais dificuldades demonstradas. Apresenta-se como exemplo a criação de programas direcionados à redução da sintomatologia ansiosa e depressiva, tal como programas de regulação emocional ou programas baseados nas terapias de terceira geração, com o objetivo de reduzir pensamentos ruminativos com a doença e a morte e o foco no presente levando a uma aceitação mais saudável das atuais condições de vida/saúde. Uma vez que é necessário ter em conta o baixo nível de escolarização da amostra estudada, tal como a presença de comprometimento cognitivo, poderão igualmente ser úteis sessões de psicoeducação e programas de reabilitação/estimulação cognitiva. Estas medidas poderiam assim levar a uma redução das principais sintomatologias encontradas e a um consequente aumento da qualidade de vida.

Referências

- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.05.001>
- Aguiar, P. M., Junior, D. P. L., Silva, D. T., & Marques, T. C. (2008). Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares no Nordeste do Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy*, 27(3), 454-459. http://www.latamjpharm.org/trabajos/27/3/LAJOP_27_3_3_3_Z8FICZMB32.pdf
- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Jones, S. L., & Sharpe, D. (2013). The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.009>

- Alexopoulos, G. S. (2005). *Depression in the elderly*. *Lancet*, 365(9475), 1961-1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). *Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly*, 30(1), 111-130. <http://www.pjprnip.edu.pk/index.php/pjpr/article/view/514/445>
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219–239. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2007). Escala de depressão geriátrica. Em Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência (Ed.), *Escalas e testes na demência* (2.^a ed., pp. 65–67). Novartis.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1996). Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: A descriptive study. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 225–234. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00064-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00064-X)
- Boston, A. F., & Merrick, P. L. (2010). Health anxiety among older people: An exploratory study of health anxiety and safety behaviors in a cohort of older adults in New Zealand. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 549–558. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991712>
- Bourgault-Fagnou, M. D., & Hadjistavropoulos, H. D. (2009). Understanding health anxiety among community dwelling seniors with varying degrees of frailty. *Aging & Mental Health*, 13(2), 226–237. <https://doi.org/10.1080/13607860802380664>
- Casey, D. A. (2017). Depression in older adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(3), 499–510. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, H. M. A. E. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 15–30. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22>
- Dantas, D. G. (2019). *Uso de psicofármacos por idosos institucionalizados: Aspectos epidemiológicos e frequência de quedas*. 7, 88-27 <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/463/477>
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Circular normativa nº13/DGCG de 02/07/2004. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx>
- Espirito Santo, H. (2019). *Short Health Anxiety Inventory: Versão portuguesa*. [Unpublished]

- document]. Instituto Superior Miguel Torga.
- Espírito Santo, H., & Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 3(1), 53–64. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2017.3.1.48>
- Espírito Santo, H., & Daniel, F. B. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3–16. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.14>
- Espírito Santo, H. M. A., & Daniel, F. (2018). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (3): Guia para reportar os tamanhos do efeito para análises de regressão e ANOVAs. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 43–60. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.72>
- Espírito-Santo, H., Torres-Pena, I., & et. al. (2019). Envelhecimento e saúde mental: I - Ansiedade. Em Espírito-Santo, H. & Daniel, F. (Eds.), *Trajetos do envelhecimento* (pp. 119–173). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Fallon, B. A., Qureshi, A. I., Laje, G., & Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 605–616. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70183-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70183-0)
- 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>
- Ferreira, R. I. L. (2010). Adequação da terapêutica no doente idoso em Portugal [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15303/1/TM_Rute_Adequacao_terapeutica_doente_idoso_Portugal.pdf?fbclid=IwAR1uibZ_V8Fxx3NyPfl_l2KlpQYOIBg_JRspejc1NHEUkd4SkvjAfB-_TeY
- Figueiredo-Duarte, C., Espírito-Santo, H., Sérgio, 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>
- Freitas, M. C. de, Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. de. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(2), 407–412. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança

- Social. (2020). *Carta Social: Rede 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=2101&dcf=06
- Gonçalves, A., Ferreira, M., Florentim, R., Sousa, A., Reis, M., & Cabral, L. (2017). Consumo de benzodiazepinas no idoso deprimido. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *spe5*, 107-111. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0176>
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Psicologia PT: o portal dos psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>
- Graça, A., & Coelho, A. (2014). *Consumo de benzodiazepinas por idosos institucionalizados: Inapropriação, qualidade de sono e contributo para a segurança na medicação* [Tese de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.21/5019>
- Gulzar, F., Zafar, M. I., Ahmad, A., & Ali, T. (2008). Socio-economic problems of senior citizens and their adjustment in Punjab, Pakistan. *Pakistan Journal of Agricultural Sciences*, *45*(1), 138-144. <https://www.semanticscholar.org/paper/Socio-economic-problems-of-senior-citizens-and-in-Gulzar-Zafar/1c4541aa8730f96d1e16d8e4c65d7b78cbf6aa46?p2df>
- Hart, J., & Björgvinsson, T. (2010). Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *74*(2), 122–140. <https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.2.122>
- INE. (2009). *Divisão administrativa: 2010*. <https://bit.ly/338XYpl>
- INE. (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões*. <https://bit.ly/336TJuB>
- INFARMED. (2020). *Benzodiazepinas*. <http://m.infarmed.pt/prontuario/Indice.aspx?t=t&c=52>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019). *Portal do INE. Base de dados do Instituto Nacional de Estatística: Distribuição de idosos por faixa etária e por sexo na região centro*. <https://bit.ly/2XpTp6L>
- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Lekan, D. A. (2018). Aging, frailty, and resilience. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *56*(7), 2–4. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180619-01>
- Lini, E. V., Doring, M., Machado, V. L. M., & Portella, M. R. (2014). Idosos

- institucionalizados: Prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 11(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2014.4482>
- Menezes, R. L. de, Bachion, M. M., Souza, J. T. de, & Nakatani, A. Y. K. (2011). Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 485–496. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000300009>
- 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. <https://doi.org/10.1080/1360786031000150694>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 792–798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.008>
- Napoleão, M., Monteiro, B., & Espirito-Santo, H. (2016). Qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos, sentimentos de solidão e institucionalização em pessoas idosas. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(2), 12–24. <https://doi.org/10.19234/ismt.rpics.2016.2.2.37>
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 8–17. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00063-2](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00063-2)
- 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>
- 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(01), 103. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Palmer, B. W., Jeste, D. V., & Sheikh, J. I. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 183–190. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00146-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00146-8)
- Park, S.-C., Lee, H.-Y., Lee, D.-W., Hahn, S.-W., Park, S.-H., Kim, Y. J., Choi, J. S., Lee, H.-S., Lee, S. I., Na, K.-S., Jung, S. W., Shim, S.-H., Kim, K. W., Paik, J.-W., & Kwon, Y.-J. (2017). Screening for depressive disorder in elderly patients with chronic physical diseases using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 306–313. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.306>

- Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1993). Anxiety and its association with depression among institutionalized elderly. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *1*(1), 46–58. <https://doi.org/10.1097/00019442-199300110-00007>
- Pinzón-Pulido, S., Garrido Peña, F., Reyes Alcázar, V., Lima-Rodríguez, J. S., Raposo Triano, M. F., Martínez Domene, M., & Alonso Trujillo, F. (2016). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería Clínica*, *26*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.003>
- PORDATA. (2020). *PORDATA - População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. <https://bit.ly/3f9ntcv>
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *33*, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>
- Salkovskis, Paul M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *15*(1), 23–48. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(93\)90002-J](https://doi.org/10.1016/0146-6402(93)90002-J)
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, *32*(05), 843-853. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Acta Médica Portuguesa*, *28*(2), 182-188. <https://doi.org/10.20344/amp.6025>
- Scarella, T. M., Laferton, J. A. C., Ahern, D. K., Fallon, B. A., & Barsky, A. (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, *57*(2), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.10.006>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *25*(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Schütte, K., Vocks, S., & Waldorf, M. (2016). Fears, coping styles, and health behaviors: A comparison of patients with hypochondriasis, panic disorder, and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *204*(10), 778–786. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000566>
- Silva, E. R. e, Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: Subsídio ao cuidado de

- enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1387–1393. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015>
- Templeton, G. F. (2011). A two-step approach for transforming continuous variables to normal: Implications and recommendations for is research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28, 1-20. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.02804>
- Thanoi, W., Phancharoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R., & Nityasuddhi, D. (1). Thai Adolescent Suicide Risk Behaviors: Testing a Model of Negative Life Events, Rumination, Emotional Distress, Resilience and Social Support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(3), 187-202. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6274>
- Uchmanowicz, I., & Gobbens, R. J. (2015). The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 10(1), 1595-1600. <https://doi.org/10.2147/CIA.S90077>
- Vaughan, L., Goveas, J., & Corbin, A. (2015). Depression and frailty in later life: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 10(1), 1947-1958. <https://doi.org/10.2147/CIA.S69632>
- Vaz, S. F. A. (2009). A depressão no idoso institucionalizado [Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/29837.pdf>
- Villas-Boas, S., Oliveira, A., Ramos, N., & Montero, I. (2017). Educação intergeracional como promotora do envelhecimento ativo: Estudo de uma comunidade local. *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*, 6(10), 105-119. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/45113>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- 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. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zamorano, A., Muñoz, M., Ausín, B., & Pérez, E. (2019). Relación entre la salud mental y el nivel de funcionamiento de las personas mayores de 65 años de la comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 30(2), 63–71. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a8>