



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Sintomas Somáticos, Sintomatologia Depressiva e Ansiedade em Pessoas Idosas (Versão definitiva após defesa)**

**Daniella Silva Gonçalves**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Rosa Marina Afonso

**Covilhã, outubro de 2017**



# Agradecimentos

Os meus mais sinceros agradecimentos a quem acompanhou o percurso, de perto ou de longe, principalmente, nos momentos de desânimo. A todos os que se cruzaram no meu caminho e o enriqueceram de alguma forma.

**À Professora Doutora Rosa Marina Afonso,**

pelo apoio, pela orientação, compreensão, disponibilidade que sempre demonstrou para comigo e pelos conhecimentos partilhados.

**Às minhas amigas, Mafalda e Raquel,**

companheiras de curso e de jornada, por toda a ajuda e partilha nos momentos de aflição e dúvida. Pela boa disposição, por todos os bons e maus momentos, mas acima de tudo pela boa amizade desenvolvida ao longo destes anos.

**À minha amiga Cristina Ribeiro,**

que recordarei sempre como a melhor amizade que criei na Covilhã. O meu braço direito em tudo, companheira de grandes angústias e desabafos, amiga do coração que se mostrou sempre disponível para ajudar, aconselhar da melhor forma e apoiar nos momentos mais complicados. Obrigada pelas opiniões sinceras, pela cumplicidade e carinho. Por esta amizade incrível de 5 anos, que com a distância só se tornou mais forte e verdadeira.

**À minha amiga Inês Dias,**

que se revelou uma grande ajuda neste percurso. Sem ti, teria sido bem mais difícil continuar o trabalho desenvolvido. Obrigada não só pela preciosa ajuda, mas também por todas as vezes que tu e a tua maravilhosa família, me acolheram tão bem em tua casa. Obrigada pela amizade criada ao longo da licenciatura e mestrado, pelos momentos de loucura e diversão, companheirismo e boa amizade.

**Ao meu irmão Robert,**

que me apoiou durante todo este percurso, apesar da distância. Obrigada pelo exemplo que foste, és e serás para mim todos os dias da minha vida, enquanto irmão e amigo. Obrigada pelo carinho e apoio incondicional.

**Ao meu namorado José Pedro,**

pela paciência, pela compreensão, amor e carinho demonstrado todos os dias, pelas palavras de força que me ajudaram a continuar o trabalho, mesmo quando eu mais duvidei das minhas capacidades.



Por último, mas não menos importante, um especial agradecimento **aos meus pais, Aníbal e Isabel,**

as palavras não são suficientes para expressar a minha gratidão por tudo o que fazem por mim todos os dias. Obrigada por me darem esta oportunidade, sem vocês não teria sido possível de forma alguma. Por nunca me deixarem desanimar e darem força para continuar. Obrigada por nunca duvidarem das minhas capacidades, por me darem apoio incondicional, nos dias menos bons e por compreenderem as minhas angústias.



## Resumo

A presente dissertação integra-se no âmbito de um projeto designado “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina”, cujo objetivo central é o estudo da relação entre variáveis psicológicas e indicadores biomédicos. Este estudo investiga a relação entre sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiedade em população idosa.

Os objetivos deste estudo são: analisar a associação entre sintomatologia depressiva e sintomas somáticos; analisar a associação entre ansiedade e sintomas somáticos; averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas somáticos, em função do género; analisar se existem diferenças ao nível dos sintomas somáticos em função da sintomatologia depressiva e em função da ansiedade; averiguar o valor preditivo da sintomatologia depressiva e da ansiedade nos sintomas somáticos.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e transversal, em que participaram 91 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 65 e 97, sendo a média de idades de 78.40 (DP= 8.79). Desta amostra, 56 sujeitos (35.5%) pertencem ao sexo feminino e 35 sujeitos (38.5%) pertencem ao sexo masculino. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico, o *Somatic Symptom Scale-8*, a *Geriatric Depression Scale* e a *Geriatric Anxiety Inventory*.

Os resultados do estudo sugerem que as pessoas idosas com sintomatologia depressiva ( $U = 282.50$ ;  $p < .01$ ) e ansiedade ( $U = 462.00$ ;  $p < .01$ ) apresentam maiores níveis de sintomas somáticos do que pessoas idosas que não se encontram sob estas condições. Constatou-se ainda que a ansiedade e a sintomatologia depressiva nos idosos que participaram no estudo se encontram associadas à presença de sintomas somáticos, sendo a sintomatologia depressiva uma variável preditora da presença de sintomas somáticos ( $\beta = 0.498$ ;  $p < 0.001$ ). Os resultados desta investigação sugerem, assim, a importância de, na avaliação e compreensão das queixas somáticas de idosos, se considerarem outros tipos de sintomas psicológicos, nomeadamente a sintomatologia depressiva.

## Palavras-chave

Idosos; Envelhecimento; Sintomas somáticos; Sintomatologia depressiva; Ansiedade.





# Abstract

The present dissertation is part of a project called "Research in Human Behavior and Biomedicine", whose main objective is the study of the relationship between psychological variables and biomedical indicators. This study investigates the relationship between somatic symptoms, depressive symptomatology and anxiety in the elderly population.

The objectives of this study are to analyze the association between depressive symptomatology and somatic symptoms; analyze the association between anxiety and somatic symptoms; to determine if there are differences in the level of somatic symptoms, according to gender; to analyze if there are differences in the level of somatic symptoms as a function of the depressive symptomatology and as a function of anxiety; to ascertain the predictive value of depressive symptomatology and anxiety in somatic symptoms.

It is a quantitative and cross-sectional study involving 91 elderly people, aged 65-97, with a mean age of 78.40 (SD = 8.79). Of this sample, 56 subjects (35.5%) belong to the female sex and 35 subjects (38.5%) belong to the male sex. The instruments used were a sociodemographic questionnaire, the Somatic Symptom Scale-8, the Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory.

The results of the study suggest that older people with depressive symptoms ( $U = 282.50$ ;  $p < .01$ ) and anxiety ( $U = 462.00$ ;  $p < .01$ ) have higher levels of somatic symptoms than older people who are not under these conditions. It was also observed that anxiety and depressive symptomatology in the elderly who participated in the study were associated with the presence of somatic symptoms, and depressive symptomatology was a predictive variable for the presence of somatic symptoms ( $B = 0.498$ ;  $p < 0.001$ ). The results of this investigation thus suggest the importance of considering other types of psychological symptoms, such as depressive symptomatology, in the evaluation and understanding of somatic complaints of the elderly.

## Keywords

Elderly; Aging; Somatic symptoms; Depressive symptomatology; Anxiety.



# Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	vii
Abstract.....	ix
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Acrónimos.....	xix
Introdução.....	1
Capítulo 1: Parte Teórica.....	3
1. Envelhecimento .....	3
1.1. Processo do envelhecimento psicológico .....	4
1.2. Implicações do envelhecimento.....	6
1.3. Envelhecimento e saúde mental .....	7
2. Sintomas somáticos em pessoas idosas.....	8
2.1. Estudos sobre sintomas somáticos em pessoas idosas.....	11
3. Sintomatologia depressiva em pessoas idosas.....	12
3.1. Etiologia e fatores de risco da sintomatologia depressiva em idosos .....	15
3.2. Comorbilidade da sintomatologia depressiva em idosos.....	15
3.3. Estudos sobre sintomatologia depressiva em idosos.....	17
4. Ansiedade em pessoas idosas .....	20
4.1. Etiologia e fatores de risco da ansiedade em idosos .....	22
4.2. Comorbilidade da ansiedade em idosos .....	23
4.3. Estudos sobre ansiedade em idosos .....	24
5. Estudos empíricos sobre sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiedade em pessoas idosas .....	27
5.1. Estudos sobre depressão e ansiedade na velhice .....	28
5.2. Estudos sobre sintomas somáticos e depressão na velhice.....	28
5.3. Estudos sobre ansiedade e sintomas somáticos na velhice.....	29
Capítulo 2: Parte Empírica .....	31



1. Método .....	31
1.1. Enquadramento e Objetivos .....	31
1.2. Participantes .....	31
1.2.1. Caracterização da Amostra .....	32
1.3. Instrumentos.....	33
1.3.1. Questionário Sociodemográfico .....	33
1.3.2. Mini-Mental State Examination (MMSE) .....	33
1.3.3. Somatic Symptom Scale - 8 (SSS-8).....	34
1.3.4. Geriatric Depression Scale (GDS) .....	34
1.3.5. Geriatric Anxiety Inventory (GAI).....	35
1.4. Procedimentos .....	35
1.4.1. Procedimento de recolha de dados .....	35
1.4.2. Procedimento de análise de dados .....	36
2. Apresentação dos resultados .....	39
2.1. Resultados para as análises das associações entre sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas somáticos .....	41
2.2. Resultados para Mann-Whitney (teste de diferenças) entre sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas somáticos .....	41
2.3. Resultados para a análise dos valores preditivos da sintomatologia depressiva e de ansiedade nos sintomas somáticos .....	42
3. Discussão dos Resultados .....	45
4. Conclusões e Considerações Finais.....	47
Referências Bibliográficas .....	49



# Lista de Figuras

**Figura 1-** Caracterização da amostra quanto ao nível de sintomatologia depressiva (n=84) e ansiógena (n=87)





# Lista de Tabelas

**Tabela 1:** Sintomas somáticos mais comuns em idosos

**Tabela 2:** Estudos sobre sintomas somáticos em pessoas idosas

**Tabela 3:** Sintomas de depressão nos idosos

**Tabela 4:** Doenças associadas à depressão em idosos

**Tabela 5:** Estudos sobre sintomatologia depressiva em idosos

**Tabela 6:** Doenças associadas aos sintomas de ansiedade

**Tabela 7:** Estudos sobre ansiedade em idosos

**Tabela 8:** Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=91)

**Tabela 9:** Caracterização da amostra em termos de frequências de sintomas somáticos, segundo a escala do SSS-8

**Tabela 10:** Correlação entre ansiedade (n=85) e sintomas somáticos e depressão (n=83) e sintomas somáticos

**Tabela 11:** Nível de sintomas somáticos entre participantes do sexo feminino e do sexo masculino (n=90)

**Tabela 12:** Níveis de sintomas somáticos em participantes com e sem depressão (n=83)

**Tabela 13:** Nível de sintomas somáticos em participantes com e sem ansiedade (n=86)

**Tabela 14:** Efeito preditor da sintomatologia depressiva e da ansiedade nos sintomas somáticos



# Lista de Acrónimos

AGECAT	<i>Automated Geriatric Examination for Computer-assisted Taxonomy System</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BHS	<i>Beck Hopelessness Scale</i>
CAS	<i>The Clinical Anxiety Scale</i>
CARE	<i>The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation</i>
CES-D	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
CPRS	<i>Comprehensive Psychopathological Rating Scale</i>
ELSI	<i>The Elders Life Stress Inventory</i>
ISEL	<i>Interpersonal Support Evaluation List</i>
GAD	<i>Generalized Anxiety Disorder</i>
GAI	<i>Geriatric Anxiety Inventory</i>
GARS	<i>Groningen Activity Restriction Scale</i>
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GMS	<i>Geriatric Mental State</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HRSD	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HSCL	<i>Hopkins Symptom Checklist</i>
MADRS	<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
SIQ	<i>Symptom Interpretation Questionnaire</i>
SSS-8	<i>Somatic Symptom Scale - 8</i>



# Introdução

A presente dissertação surge como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Universidade da Beira Interior, estando integrada no âmbito de um projeto mais amplo, denominado “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina”. Os objetivos deste projeto dedicam-se à compreensão do estudo da relação entre diversas variáveis psicológicas e vários indicadores biomédicos. Mais concretamente, pretendemos debruçar-nos sobre a relação entre sintomas somáticos, a sintomatologia depressiva e a ansiedade, em pessoas idosas.

A mudança na pirâmide etária mundial faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice seja foco de grande atenção (Benedetti, Borges, Petroski, & Gonçalves, 2008). Relativamente ao aumento da população idosa, em Portugal a população com 65 anos ou mais anos de idade poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080. Sendo que o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar, nos anos acima referidos, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2009). O aumento da população idosa tem-se tornado num fenómeno mundial, em que são muitos os fatores que contribuem para o seu crescimento e desenvolvimento. Entre eles podem-se destacar fatores biológicos, psicológicos e sociais (Braga, Santana, & Ferreira, 2015).

Os sintomas neuropsiquiátricos são muito comuns em idosos, devido ao facto de provocarem um prejuízo significativo na qualidade de vida dos mesmos (Chaimowicz, 2013). Estes sintomas, não são, frequentemente, diagnosticados, levando a um tratamento insuficiente ou inadequado e, que por consequência, podem provocar efeitos adversos de medicamentos, muitas vezes mais graves que a própria doença (Chaimowicz, 2013). As questões físicas, económicas, sociais e psicológicas relativas ao envelhecimento atingiriam consideravelmente alguma visibilidade nos últimos anos e muitos pesquisadores têm-se debruçado pela compreensão das necessidades e características da população idosa (Resende, Almeida, Pereira, Cristina, & Galicioli, 2011). Como consequência de problemas físicos e psicológicos, muitas vezes surge o suicídio, sendo que Minayo & Cavalcante (2010) referem que existe uma forte relação entre o suicídio e a presença de perturbações mentais em pessoas idosas. O elevado índice de sintomas depressivos na população idosa, reflete a importância do diagnóstico e do tratamento dessa perturbação, que muitas vezes passa despercebido pelos familiares, cuidadores e até mesmo especialistas da área (Porcu et al., 2002). Estudos internacionais revelam que a depressão constitui uma das perturbações mentais mais frequentes na velhice, perfazendo uma estimativa de 15% a 20% dos idosos (Fernandes, Nascimento, & Costa, 2010).

As perturbações de ansiedade em idosos, muitas vezes são subdiagnosticadas, sendo que o risco de mortalidade e o aparecimento de incapacidade, reduzem significativamente a qualidade de vida e provocam sentimentos de angustia, a par de elevados custos pessoais e sociais (Neves, Tudela, & Firmino, 2016). A deteção e diagnóstico das perturbações de ansiedade nas pessoas mais velhas, torna-se uma tarefa complicada devido à existência de

frequentes comorbilidades médicas e de declínio cognitivo. Quer a expressão quer a própria descrição dos sintomas de ansiedade podem variar com a idade, sendo que muitas vezes, os idosos tendem a expressar os sintomas de ansiedade como problemas médicos, ao invés de sofrimento psicológico (Neves et al., 2016).

Independentemente da presença ou ausência de explicação médica, os sintomas físicos são uma componente fulcral nas perturbações mentais mais comuns, como a depressão e a ansiedade (Escobar et al., 2010). Torna-se importante identificar os efeitos dos sintomas somáticos associados a doenças físicas em pacientes idosos com sintomatologia depressiva e sintomas de ansiedade, com o objetivo de esclarecer a inter-relação entre os processos psicológicos e físicos, para que estas possam ajudar a constituir ferramentas clínicas e preciosas aquando o tratamento dos idosos (Jeong et al., 2014).

Com a finalidade de cumprir os objetivos propostos, o presente documento encontra-se dividido em duas partes fundamentais.

A primeira parte diz respeito à revisão de literatura para fundamentar teoricamente o tema de investigação e, encontra-se subdividida em cinco tópicos. O primeiro intitula-se de “Envelhecimento”, onde se encontra a definição do conceito envelhecimento e refletidos alguns temas como, o processo do envelhecimento psicológico e as suas implicações e, também uma breve abordagem sobre a saúde mental nesta faixa etária. O segundo tópico, tem como objetivo definir o construto sintomas somáticos e incluir alguns estudos sobre o mesmo. O terceiro e quarto tópicos, dedicam-se à definição dos conceitos sintomatologia depressiva e ansiedade em idosos, respetivamente, assim como, abordar alguns fatores de risco, refletir sobre a sua etiologia e comorbilidades associadas, terminando assim cada subtópico com a inclusão de diversos estudos pertinentes, sobre cada uma das variáveis psicológicas referidas. Por último, surge um tópico dedicado à revisão de literatura sobre os estudos empíricos realizados no âmbito da relação entre as variáveis psicológicas e sintomas somáticos. De forma resumida, a primeira parte do trabalho desenvolvido, procura, essencialmente, definir e delimitar conceitos, bem como, estabelecer relações entre as variáveis e, servir de suporte teórico para a segunda parte.

A segunda parte diz respeito à apresentação do estudo empírico em si, sendo explicitado o método, onde são expostos os objetivos, são apresentados e analisados os resultados e onde se procede, posteriormente, à sua discussão. Com base na revisão de literatura realizada, por fim, o documento termina com as conclusões e considerações finais.

# Capítulo 1: Parte Teórica

## 1. Envelhecimento

O número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos deverá crescer de 524 milhões em 2010, para cerca de 1,5 bilhão em 2050, verificando-se a maior parte desse aumento nos países em desenvolvimento (World Health Organization, 2011). Segundo a World Health Organization (1984), a idade em que se considera uma pessoa idosa é de 60 ou mais anos, nos países em desenvolvimento, enquanto que nos países desenvolvidos é de 65 anos ou mais. Contudo, e independentemente do contexto, a idade cronológica não é necessariamente um marco significativo para que ocorram as mudanças que acompanham o envelhecimento normal.

O envelhecimento é, portanto, a consequência das experiências passadas e depende da forma como se vive e como se perspectiva o próprio futuro. Consiste numa integração entre as vivências pessoais do sujeito, contexto social e cultural e os diferentes aspetos envolvidos, tais como, aspetos biológicos, cronológicos, psicológicos e sociais (Schneider & Irigaray, 2008). Traduz-se num fenómeno universal, constituindo um processo da vida do ser humano durante o qual ocorrem modificações, sendo um processo altamente individual que se manifesta de forma diferente de pessoa para pessoa (Barata & Diniz, 2014; Organización Panamericana de La Salud, 1993). O conceito de envelhecimento não significa afirmar que se trata de uma doença, mas sim, de uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo (Schmidt & Silva, 2012). Alguns autores defendem que a velhice deve ser entendida como um fenómeno biológico, com consequências psicológicas que modificam a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças nas relações com o mundo e com a sua própria história (Beauvoir, 1990, cit. in Freitas, Queiroz, & Sousa, 2010).

Spar e La Rue (2005, cit. in Araújo 2010) referem-se ao envelhecimento primário, dito normal, o que reflete o limite intrínseco de longevidade celular, quase pré-programado geneticamente e, ao envelhecimento secundário, patológico, o que ocorre devido a efeitos acumulados das agressões ambientais, traumatismos e doenças. Representa um conjunto de consequências ou efeitos da passagem do tempo e pode ser considerado biologicamente como a involução morfonfuncional, que afeta os sistemas fisiológicos principais, de forma variável. Contudo, não impede que a pessoa idosa se mantenha ativa e independente (Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

Apesar das perdas inerentes ao processo de envelhecimento, muitos idosos permanecem psíquica e fisicamente ativos, mantendo laços sociais e afetivos fortes, procurando atividades que lhes proporcionem prazer e um sentido de utilidade (Fernandes, 2011). No processo de envelhecimento, muitos indivíduos manifestam algum tipo de declínio em certas habilidades cognitivas, porém, muitos outros envelhecem de forma saudável e conseguem manter níveis elevados de funcionamento cognitivo durante a sua vida (Antonini et al., 2008). Embora este declínio possa decorrer dos processos fisiológicos inerentes do envelhecimento, é importante

reconhecê-lo como possível estágio de transição para demência ou início de uma patologia do foro depressivo (Carneiro & Cabral, 2016).

O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que podem levar a perdas funcionais progressivas do organismo como um todo (Mourão & Silva, 2010). Esta fase da vida também é caracterizada, por norma, com alta prevalência de doenças crónicas, limitações físicas, sintomas depressivos, declínio sensorial e isolamento social (Ramos, 2003). Cada indivíduo tem uma história pessoal que lhe concede uma certa individualidade, fazendo com que sujeitos distintos envelheçam de formas diferentes (Bertelli, Bianchi, & Cruz, 2009; Oliveira et al., 2012). O envelhecimento caracteriza-se por ser um processo essencialmente benigno e não patológico, mas que pode ser acompanhado por consequências físicas, sociais e emocionais (Garcia, Rodrigues, & Borega, 2002).

A capacidade funcional atualmente surge como um novo paradigma de saúde para pessoas idosas, visto que, o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica (Pereira et al., 2006). Entre os idosos existem sujeitos mais saudáveis e ativos e também aqueles que apresentam limitações físicas e/ou algum tipo de doença. Assim, a definição de um quadro mais ou menos favorável na velhice pode ser definido pela relação dos fatores biológicos, culturais e ambientais aos quais o indivíduo esteve sujeito e exposto ao longo da sua vida (Baptista, Morais, Rodrigues, & Silva, 2006). Segundo Shumway-Cook & Woollacott (2003, cit. in Maciel, 2010) existem duas linhas orientadoras que investigam o envelhecimento, sendo que a primeira aborda aspetos primários e a segunda aspetos secundários. Relativamente à primeira, esta encontra-se relacionada com características genéticas e deterioração do sistema nervoso. Já a segunda, avalia a influência dos danos causados por fatores ambientais, como a poluição, estilo de vida, entre outros (Barata & Diniz, 2014).

O estudo científico do envelhecimento humano tem contribuído em larga escala para modificar a conceção tradicional deste período de vida, em que predominam as noções de incapacidade e declínio (Fonseca, 2010). O envelhecimento pode ser definido como um período do ciclo de vida, em que grande parte das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) se alteram de uma forma relacionada entre si, orientando-se para a construção de uma imagem de si mesmo como idoso (Fonseca, 2010).

O envelhecimento é um processo gradual e inevitável, sendo que são várias as teorias que atualmente discutem de que forma o nosso organismo envelhece (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha, & Neto, 2009).

### **1.1. Processo do envelhecimento psicológico**

O processo de envelhecimento engloba mais do que transformações físicas do corpo, em que os aspetos biológicos, fisiológicos, emocionais, cognitivos, sociais e culturais também devem ser considerados, contribuindo para a configuração de uma velhice bem sucedida, normal ou patológica (Silva & Caldas, 2007). As alterações decorrentes do envelhecimento,



como as alterações neurológicas e psicológicas, são influenciadas por fatores genéticos e ambientais (Carvalho & Fernandez, 1996, cit. in Porcu et al., 2002).

O envelhecimento é considerado um fenômeno bastante complexo e por sua vez, o entendimento das suas causas são limitadas. As modificações do envelhecimento são caracterizadas por: (a) mudança na composição bioquímica dos tecidos; (b) diminuição progressiva na capacidade fisiológica; (c) redução na capacidade de adaptação aos estímulos; (d) aumento na suscetibilidade e vulnerabilidade às doenças; (e) aumento da mortalidade (Neri, 2006; Troen, 2003).

No processo de envelhecimento, as pessoas podem passar por períodos *stressantes* nas suas vidas, como, a perda de familiares, o aparecimento de doenças e problemas financeiros (Holmes, 1997, cit. in Resende, Almeida, Pereira, Cristina, & Galicioli, 2011). A pessoa idosa pode experimentar diversas alterações, tais como, limitações físicas, alterações mentais e psicossociais, podendo também enfrentar situações de desorientação e sentimentos de solidão e abandono (Tier, Fontana, & Soares, 2004).

Apesar do conceito velhice não ser sinónimo de doença, o envelhecimento gera diversos prejuízos e incapacidades com consequência na deterioração da saúde dos idosos, quer sejam aspetos físicos e/ou mentais (Maia, Durante, & Ramos, 2004). No que toca às diferentes morbilidades concomitantes no idoso, Hoffman et al. (1996, cit. in Leeman, Harrell, & Funk, 2002) destaca que, 88% das pessoas idosas com 65 anos ou mais têm pelo menos uma doença crónica e, que 69% dos idosos apresentam mais de uma doença e/ou morbilidades. A velhice é marcada por peculiaridades de cada sujeito, tornando-se pertinente ter em conta a capacidade funcional ou disfuncional da pessoa idosa para realizar as suas atividades do quotidiano, visto que a forma de enfrentar o processo desencadeado pelo envelhecimento contribui para a qualidade de vida na velhice (Morais, 2009). Segundo Ramos (2003), a incapacidade funcional é um dos principais problemas decorrentes do envelhecimento, havendo portanto uma associação entre doenças físicas crónicas e uma diminuição da capacidade funcional nos idosos.

Em alguns idosos, os sentimentos gerados pelo processo de envelhecimento são vividos como algo novo e desestabilizador, resultando em ansiedade, medo, conflito, insegurança e, principalmente, sentimentos de solidão. Deste modo, determinados contextos afetivos podem tanto desencadear, quanto proteger os indivíduos contra o surgimento de sintomatologia depressiva (Marchand, 2003 cit. in Gonçalves & Andrade, 2010). O cuidado do idosos deve envolver o contexto familiar e social, a sua rotina funcional e a presença de alterações próprias do envelhecimento, devendo-se tentar inserir o idoso no seu contexto, mantendo a sua independência no desempenho das suas tarefas rotineiras (Garcia et al., 2002). Durante a velhice ocorrem mudanças na organização familiar, o que pode ser algo difícil de aceitar pelo idoso, de forma a que se torne a mais um agravante ao seu estado de saúde mental (Horta, Ferreira, & Zhao, 2010).

O próprio processo de envelhecimento acarreta algumas alterações fisiológicas nos idosos, nomeadamente o declínio das aptidões físicas, a redução de energia e declínio das capacidades cognitivas, de acordo com as suas características de vida (Argimon & Stein, 2005;

Teston, Carreira, & Marcon, 2014). Torna-se muito importante não permitir que estas alterações se tornem patológicas e que contribuam para que o idoso se torne inativo, com diminuição da sua capacidade de concentração e de coordenação, originando assim, processos de autodesvalorização, apatia, insegurança, isolamento social e solidão, o que poderá levar ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Neu, Lenardt, Betiolli, Michel, & Willig, 2011).

Os idosos durante o envelhecimento podem estar sujeitos a uma diversidade de acontecimentos de vida, especialmente perdas, que podem incluir os seguintes: lar; rendimentos; família; cônjuge e filhos (Wattis & Curran, 2008). Também é acompanhado por problemas de saúde físicos e mentais provocados, essencialmente, por doenças crónicas e quedas (Ribeiro, Souza, Atie, Souza, & Schilithz, 2008). Alguns idosos passam por uma fase de incompreensão do significado envelhecer e, conseqüentemente revelam dificuldade em aceitar algumas limitações comuns da velhice, o que pode originar alguns sentimento de inutilidade, isolamento social e perturbações de sono (Gonçalves, Oliveira, & Cunha, 2007).

## **1.2. Implicações do envelhecimento**

O envelhecimento normal, por norma, engloba um declínio gradual das funções cognitivas, dependentes de processos neurológicos que se alteram com a idade (Paulo & Yassuda, 2010; Reis, Vasconcelos Torres, Araújo, Reis, & Novaes, 2009). Fatores educacionais, de saúde e de personalidade, bem como fatores no nível intelectual global e das capacidades mentais específicas do idoso, podem estar na origem do declínio gradual das funções cognitivas no envelhecimento (Canineu & Bastos, 2002, cit. in Oliveira, Goretti, & Pereira, 2006).

O processo de envelhecimento é responsável por provocar diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais no organismo. As modificações biológicas manifestam-se pelo aparecimento de rugas, cabelos brancos, entre outras. Quanto às mudanças psicológicas, estas ocorrem quando o idoso necessita de se adaptar às situações novas do seu dia-a-dia. No que toca às modificações sociais, estas referem-se às alterações nas relações sociais, em função da diminuição da produtividade e, principalmente do poder físico e económico (Santos, 2010).

As diversas alterações no processo de envelhecimento podem afetar o padrão alimentar do idoso, como por exemplo, pode levar a uma diminuição das papilas gustativas, e conseqüentemente prejudicar o paladar; redução do olfato e da visão; diminuição da secreção salivar e gástrica; falha na mastigação pela ausência de dentes e diminuição da sensibilidade a sede (Segalla & Spinelli, 2011). Além das alterações fisiológicas, as doenças psicológicas como a depressão, que pode ser causada pela viuvez, exclusão social, solidão, abandono e baixa autoestima e doenças neurológicas, como as demências, também podem dificultar o consumo de alimentos e afetar o estado nutricional dos idosos (Frank & Soares, 2004, cit. in Galesi, Lorenzetti, Oliveira, Fogaça, & Merhi, 2008).

A OMS define saúde não pela ausência de doença, mas tem em conta o completo bem-estar físico, mental e social. Deste modo, este conceito holístico de saúde tem em conta não só o aspeto físico no envelhecimento mas também os seus aspetos sociais e emocionais (Carvalho & Dias, 2011). O envelhecimento humano não se trata apenas de um problema demográfico, mas

também de um fenómeno mais complexo que envolve diversos aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica. A reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio aos idosos, são indicadores da crescente preocupação e adaptação social ao fenómeno progressivo do envelhecimento (Carvalho & Dias, 2011).

### **1.3. Envelhecimento e saúde mental**

As condições de saúde da população idosa podem ser compreendidas por indicadores específicos do processo saúde/doença, destacando-se a qualidade de vida desta faixa etária (Maciel, 2010). A complexidade do processo do envelhecimento necessita de ser avaliada, a partir da articulação de fatores psicológicos, aspetos sociais e do contexto de vida do idoso, para que se tracem estratégias de redução de angústias e preocupações, para contribuir para a promoção da sua qualidade de vida (Teston et al., 2014).

A saúde mental possui duas subdimensões importantes, que devem ser tidas em conta, no momento da avaliação da saúde mental de um sujeito, a cognição e o humor, que podem interferir com o estado funcional do mesmo (Paixão & Reichenheim, 2005). Os transtornos mentais ou emocionais em idosos podem ser causadas ou agravadas por doenças físicas e pelos seus respetivos tratamentos (Federación Mundial de Salud Mental, 1999). Dentre as diversas patologias que podem afetar os idosos, a saúde mental merece especial atenção, visto que a depressão e as demências têm incapacitado vários idosos, por levarem à perda de autonomia (Gordilho et al., 2000). A saúde mental interfere bastante na saúde no geral do idoso, pois, por mais que o indivíduo apresente reunidas todas as condições de uma vida saudável, nem sempre significa que possui uma mente sã (Garbin, Sumida, Moimaz, Prado, & Silva, 2010).

Os estudos sobre intervenções preventivas e de promoção à saúde mental em idosos são bastante escassos na literatura, em comparação com outras faixas etárias, como por exemplo, intervenções focadas em crianças e jovens (Leandro-França & Murta, 2014). As doenças mentais nos idosos têm características próprias, sendo que as suas formas de intervenção também possuem especificidades próprias. A psiquiatria para os mais velhos, é uma disciplina complexa com problemas relacionados com a saúde mental e as alterações de comportamento e também com a saúde física e dificuldades relacionais, ambientais e sociais (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

A saúde mental dos idosos encontra-se relacionada com a saúde física, pois, por um lado a doença mental está associada a um aumento do risco de doença física. Por outro lado, a doença física aumenta o risco para desenvolver uma doença mental (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015). No caso dos idosos, frequentemente as pessoas com doenças crónicas, experienciam problemas de saúde mental como a depressão, a ansiedade ou a demência. Esta associação parece ser particularmente forte no caso das doenças cardiovasculares, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica e doenças músculo-esqueléticas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015). Entre diversas doenças crónicas passíveis de afetar pacientes idosos, as perturbações do campo da saúde mental representam uma parcela significativa. As

perturbações com alterações de humor são os principais, com especial destaque para aquelas que apresentam sintomatologia depressiva (Hoffmann, Ribeiro, Farnese, & Lima, 2010).

As perturbações neuropsiquiátricas como a depressão, constituem uma das principais causas de perda da capacidade para realizar atividades diárias em idosos (Porcu et al., 2002). Estas perturbações podem aumentar de forma relevante com a idade, no entanto, não fazem parte do processo normal de envelhecimento (Carvalho & Fernandez, 1996, cit. in Porcu et al., 2002). A prevalência de perturbações mentais é bastante alta nesta faixa etária, perfazendo quase 20% das pessoas idosas, com 65 anos de idade ou mais, sem diagnóstico de demência. Este facto permite afirmar que, atualmente, a depressão chega a ser mais prevalente na saúde mental que as demências e, que a sintomatologia depressiva é bastante mais comum que o diagnóstico clínico em si (Skoog, 2011).

Na velhice, alguns idosos podem apresentar quadros psiquiátricos, sendo os mais comuns a demência, os estados depressivos ou até mesmo quadros psicóticos, que são iniciados mais tarde (Andrade et al., 2010). Outras perturbações, tais como as fobias, são relativamente comuns entre os idosos. Uma das mais graves perturbações mentais dos adultos jovens, a esquizofrenia, persiste até à terceira idade. No entanto, devido à especial atenção que se dá às pessoas idosas deprimidas e com demência, esta patologia constitui uma pequena proporção do trabalho dos psiquiatras nesta população. Já os casos de abuso de álcool e drogas e perturbações de personalidade, são relativamente raras (Wattis & Curran, 2008).

Relativamente às demências, atualmente, sabe-se que o envelhecimento do cérebro é fortemente influenciado pela estimulação intelectual, isto é, quanto mais o idoso conseguir manter a sua atividade cerebral ativa, mais difícil é de perder as suas conexões cerebrais e levará mais tempo, também, a perder essas funções. Contudo, a velhice traz consigo algumas mudanças comuns a qualquer idoso, nomeadamente, na memória, na atenção e no cálculo (Nordon et al., 2009). Todavia, a linguagem parece não sofrer alterações com a progressão da idade. Podendo ser perceptível algumas dificuldades ao nível da narração, como por exemplo, esquecimento de palavras (Damasceno, 1999).

O envelhecimento nem sempre é um processo saudável, visto que existem alterações cognitivas que podem ser bastante significativas, podendo muitas vezes levar ao aparecimento de demências. As transformações cerebrais na demência são bastante mais expressivas do que no envelhecimento dito normal, caracterizando-se assim este processo, por alterações na memória recente, desorientação espacial, ansiedade, delírios, alucinações, agitação motora e até depressão (Nordon et al., 2009).

## **2. Sintomas somáticos em pessoas idosas**

Os idosos tendem a apresentar um maior número de sintomas somáticos, com queixas relacionadas com falta de energia, diminuição do sono e apetite, perda de prazer nas atividades habituais e rumações acerca do passado (Gazalle, Hallal & Lima, 2004; Diniz & Forlenza, 2009, cit. in Cohen, Paskulin, & Prieb, 2015). Apesar dos sintomas nem sempre se inserirem nas bases categoriais dos diagnósticos mais comuns, esse facto não diminui o grau de sofrimento dos

sujeitos envolvidos, assim como as suas necessidades de atendimento (Fonseca, Guimarães, & Vasconcelos, 2008). Entre as principais estratégias para abordar pessoas idosas com queixas somáticas, destacam-se as consultas breves, marcadas regularmente, sempre com o mesmo médico; evitar procedimentos e hospitalizações, a menos que seja inteiramente necessário (Lazzaro & Ávila, 2004).

No âmbito deste trabalho, optou-se por recorrer como termo de referência o conceito de “sintomas somáticos”, por se verificar que é o termo mais utilizado na literatura acerca do tema. Para além disso, o termo selecionado é também usado no artigo original de validação do instrumento utilizado (SSS-8) ao longo do nosso estudo, para descrever uma diversidade de sintomas. Na literatura existente, são vários os termos utilizados, por diferentes autores, de forma indiferenciada, pelo que, em seguida, será feita uma breve revisão teórica acerca dos vários termos usados para descrever este tipo de sintomas.

Relativamente à somatização, uma das definições mais simples e comuns deste fenómeno caracteriza-se pela manifestação sintomas físicos na ausência de qualquer patologia orgânica associada ou pela amplificação de queixas somáticas, que por norma são acompanhadas por uma patologia física e que não podem ser explicadas por médicos (Neves, Tudela, & Firmino, 2016; Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2002; Wessely, Nimnuan &, Sharpe, 1999). Estes sintomas físicos representam mais de metade de todas as visitas ambulatoriais, em que tais sintomas são medicamente inexplicados cerca de 33% das vezes e são crónicos em 25% dos pacientes (Kroenke, 2003).

Os sintomas podem ser classificados como psicológicos e físicos, sendo que os primeiros podem-se manifestar por humor deprimido, ansiedade e sentimentos de culpa, enquanto que os segundos podem ser constituídos por sensações corporais, como dor, palpitações e fadiga. Estes sintomas são designados de queixas somáticas no contexto de perturbação mental, onde pacientes com sintomas físicos não apresentam nenhuma condição médica que explique a gravidade e/ou presença desses mesmos sintomas (Kroenke, 2003). É necessário ter em conta que os sintomas somáticos desempenham um papel importante nas perturbações psiquiátricas, nomeadamente, nas perturbações de ansiedade, depressivas e somatoformes. No diagnóstico diferencial, os sintomas somáticos devem ser considerados como possíveis indicadores de perturbações somáticas subjacentes. A extensão e gravidade de experiências traumáticas múltiplas podem estar estreitamente ligadas ao estado mental e somático dos indivíduos, constituindo um fator de risco (Kapfhammer, 2006). Os sintomas somáticos são característicos de diversas condições médicas, como no cancro ou em doenças coronárias (Kohlmann, Gierk, Hummelgen, Blankenberg, & Lowe, 2013; Kroenke, Zhong, et al., 2010).

Os sintomas inexplicados, persistentes ou múltiplos devem aumentar a suspeita clínica de um quadro depressivo ou de ansiedade (Kroenke, 2003). Segundo Katon, Sullivan, & Walker (2001), parece existir uma relação entre sintomas que não têm causa orgânica e uma série de variáveis psicossociais, tais como, eventos de vida *stressantes*, sofrimento psicológico, perturbações psiquiátricas e vulnerabilidades emocionais. Hiller, Rief, & Brähler (2006) afirmam que mais de 80% da população em geral refere algum tipo de sintoma somático, sentido

nos últimos sete dias e cerca de um quinto dessa mesma população sofre de queixas somáticas crônicas que são sérias e incapacitantes. Estes sintomas de dores que não têm explicação orgânica constituem a causa mais frequente de perturbações mentais mais comuns, nos cuidados de saúde primários (Henningsen, Jakobsen, Schiltewolf, & Weiss, 2005).

O Transtorno de Somatização descrito no DSM-IV-TR abordava uma vasta e complexa lista de sintomas somáticos sem explicação médica, que eram exigidos para o preenchimento do Critério B. As queixas somáticas, bastante menos robustas, ainda que semelhantes na apresentação, estas acabavam por receber o diagnóstico de Transtorno Somatoforme Indiferenciado. O DSM-5 recentemente introduziu assim o Transtorno com Sintomas Somáticos, em que o uso da expressão “sintoma somático sem explicação médica” é descartada dos critérios para esse transtorno, pelo facto de reforçar a ideia de um dualismo mente-corpo (Araújo & Neto, 2014). Este transtorno pode ser também acompanhado por uma doença médica, daí não ser apropriado atribuir um diagnóstico de doença mental apenas e exclusivamente por não se encontrarem evidências de uma patologia orgânica (American Psychiatric Association, 2013).

O Transtorno com Sintomas Somáticos é aplicável a sujeitos que apresentem qualquer número de sintomas somáticos, desde que esses sintomas sejam acompanhados por sentimentos, pensamentos ou comportamentos excessivos diretamente relacionados com os sintomas somáticos ou preocupações associadas com a sua saúde. Algumas características típicas deste transtorno consistem em pensamentos desproporcionais e persistentes sobre a gravidade dos próprios sintomas, elevados níveis de ansiedade sobre a sua saúde ou sintomas, excesso de tempo e de energia dedicados a estes problemas de saúde ou sintomas (Araújo & Neto, 2014). Uma série de fatores podem contribuir para este transtorno, nomeadamente, vulnerabilidade genética, experiências traumáticas precoces (como privação, abusos, violência) bem como normas culturais/sociais, que tendem a desvalorizar e estigmatizar o sofrimento psicológico em detrimento do sofrimento físico (American Psychiatric Association, 2013). No entanto, os sintomas somáticos sem explicação médica continuam a ser uma característica do Transtorno de Conversão, pois é possível demonstrar que nem sempre alguns sintomas não são consistentes com a fisiopatologia médica (American Psychiatric Association, 2013).

Alguns estudos indicam que os sintomas somáticos frequentemente se inserem em quatro grupos, nomeadamente, sintomas cardiopulmonares, gastrointestinais, de dor e de foco geral (Witthöft, Hiller, Loch, & Jasper, 2013).

Atualmente ainda não existe consenso acerca de qual será o melhor termo para substituir a expressão “sintomas somáticos sem explicação médica”, existindo dificuldades ao nível do seu conceito, aceitabilidade e linguagem (Creed et al., 2010). São vários os nomes utilizados para descrever sintomas inexplicáveis, como somatização, transtornos somatoformes e ainda sintomas funcionais somáticos (Pilan & Benseñor, 2008).

Embora os sintomas que não têm explicação médica se relacionem consideravelmente com os sintomas associados à ansiedade e à depressão, são empiricamente distinguíveis das ditas

perturbações mentais mais tradicionais (Henningsen et al., 2003, cit. in Witthöft & Hiller, 2010). A qualidade de vida dos pacientes que sofrem deste tipo de sintomas é afetada, comprometendo negativamente e sobrecarregando não só a vida dos pacientes mas também a sociedade pode ser afetada (Dirkzwager & Verhaak, 2007).

**Tabela 1**

*Sintomas somáticos mais comuns em idosos*

Sintomas somáticos	
Gastrointestinais	Dolorosos
Vômitos	Dor difusa
Dor abdominal	Dor nas extremidades
Náuseas	Dor nas costas
Distensão abdominal e excesso de gases	Dor articular
Diarreia	Dor durante a micção
Intolerância alimentar	
Cardiorespiratórios	Pseudoneurológicos
Falta de ar em repouso	Amnésia
Palpitações	Dificuldade em deglutir
Dor no peito	Perda de voz
Tonturas	Surdez
	Visão dupla
	Cegueira
	Desmaios
	Dificuldade em caminhar
	Fraqueza muscular
	Dificuldade em urinar

Fonte: Adaptado de Lazzaro & Ávila (2004), pág. 4.

## 2.1. Estudos sobre sintomas somáticos em pessoas idosas

De forma geral, a questão em torno da existência de explicação médica ou não, dos sintomas somáticos, tem-se revelado complexa, pelo que é necessário realizar pesquisas e estudos adicionais acerca desta temática (Escobar et al., 2010). Conforme se verifica na tabela 2, encontram-se alguns estudos encontrados acerca desta variável.

**Tabela 2**

*Estudos sobre sintomas somáticos em pessoas idosas*

Autores	Tema/Objetivo	Amostra	N	Idades	Instrumentos	Principais Conclusões
---------	---------------	---------	---	--------	--------------	-----------------------

Jeong et al. (2014)	Averiguar a influência da gravidade dos sintomas somáticos na gravidade dos sintomas depressivos em pessoas idosas	Coreia do Sul	3210	≥60	- Beck Depressive Inventory (BDI) - versão coreana - Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15), para avaliar os sintomas somáticos	Tanto os sintomas somáticos ligeiros como os graves aumentaram significativamente o risco de depressão grave em pessoas idosas
Sheehan, Philpot, & Banerjee (2002)	Averiguar se o acompanhamento de utentes com perturbações psiquiátricas contribuía para reduzir as queixas somáticas	Inglaterra	41	≥65	- The Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ) - The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) - The Clinical Anxiety Scale (CAS) - The Burvill Scale	Baixos níveis de sintomatologia depressiva e de ansiedade foram associados a baixos níveis de queixas somáticas
Shahpesandy (2005)	Comparar a prevalência de sintomas depressivos em idosos e em jovens adultos	Eslováquia	46	≥65	The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) - versão de 17 itens	Os sintomas somáticos mais frequentes nos idosos participantes deste estudo foram: dores de costas, dores de cabeça, perda de energia e fadiga
Blazer & Hybels (2004)	Determinar quais os sintomas de depressão que podem ser um fator de risco na mortalidade de idosos	Estados Unidos da América	4162	Entre 65 a 105 anos	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) - 4 escalas)	Os sintomas somáticos não foram estatisticamente associados com a mortalidade.

### 3. Sintomatologia depressiva em pessoas idosas

O interesse pelo estudo da depressão em idosos tem crescido significativamente, com o aumento percentual de casos nesta população e pelas dificuldades encontradas por profissionais da área, em diagnosticar esses pacientes. Parte dessa dificuldade deve-se ao facto de que a depressão é bastante heterogénea, tanto quanto à etiologia, como à resposta ao tratamento (Ávila & Bottino, 2006).

A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional, envolvendo inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social (Carreira, Botelho, Matos, Torres, & Salci, 2011). Segundo a American Psychiatric Association (2013), os critérios de diagnóstico para a existência de um episódio depressivo *major* são essencialmente a presença de cinco ou mais sintomas, durante o período



de duas semanas: humor deprimido a maior parte do dia; diminuição do interesse ou do prazer; perda ou ganho de peso; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar; e/ou pensamentos recorrentes de morte.

A depressão não é considerada uma consequência natural do envelhecimento. A maioria dos idosos que recorre aos cuidados de saúde primários prioriza as queixas somáticas em detrimento do sentimento de tristeza que é facilmente reprimido. A presença de sintomas somáticos inespecíficos e a própria condição médica associada, podem facilmente ocultar indícios de depressão, fazendo com que seja difícil diagnosticar pelo profissional de saúde (Carneiro & Cabral, 2016).

Atualmente é considerada a doença mental mais comum nos idosos e pode ter impactos negativos em todas as áreas das suas vidas, incluindo também o impacto negativo na família e na própria comunidade. Apesar da sua prevalência ser alta, a depressão não deve ser considerada algo natural no processo do envelhecimento (Buchanan et al., 2006). Caracteriza-se por tristeza, perda de interesse em atividades que antes tinha prazer em realizar, diminuição de energia, perda de confiança e autoestima, sentimento injustificado de culpa, diminuição da concentração, perturbação do sono e perda de apetite, onde podem estar também presentes diversos sintomas somáticos (World Health Organization, 2002).

Esta doença acarreta diversas repercussões sociais e também individuais, podendo afetar não somente o convívio social, mas impossibilitar uma rotina diária satisfatória e o risco inerente de cronicidade e morbidade. Pode também ser considerada uma doença potencialmente fatal, sendo que existe risco de suicídio em 15% dos casos (Tier, Santos, Pelzer, & Bulhosa, 2007).

Os idosos com sintomas depressivos clinicamente relevantes são confrontados com um conjunto diverso de consequências negativas, entre eles podem incluir-se declínio funcional, incapacidade e fragilidade, diminuição da qualidade de vida e maior morbidade e mortalidade (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009; Matias, Fonsêca, Gomes, & Matos, 2016).

Algumas pessoas idosas têm depressão recorrente desde tenra idade, enquanto outras têm início do seu primeiro episódio depressivo, já na última fase da vida, quando as mudanças relacionadas com o envelhecimento são proeminentes. A depressão de início tardio pode incluir um grande subgrupo de pessoas idosas com um elevado historial médico e quadros neurológicos, que podem não ser evidentes quando a depressão aparece pela primeira vez (Alexopoulos et al., 2002). No idoso, a depressão é caracterizada como um síndrome que envolve diversos aspetos clínicos, etiopatogénicos e de tratamento (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002).

Com o envelhecimento, ocorrem alterações que podem dificultar o diagnóstico de depressão em idosos, assim como a presença de patologias crónicas, a diminuição da libido, diversas alterações no sono, etc., (Paradela, 2011). Particularmente na população idosa, os quadros depressivos possuem características clínicas peculiares, sendo comum existir diminuição da resposta emocional, acarretando um predomínio de sintomas como diminuição

do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminções excessivas sobre o passado e perda de energia (Gazalle, Lima, Tavares, & Hallal, 2004).

É essencial que os profissionais de saúde conheçam bem as características da depressão no idoso e que estejam preparados para investigar a prevalência de sintomas depressivos nesta população (Almeida & Almeida, 1999). A depressão muitas vezes é mal diagnosticada nos idosos, devido a casos em que existe desorientação e perda de memória, que estão associadas à depressão e, podem ser erroneamente considerados sintomas da doença de Alzheimer (Federación Mundial de Salud Mental, 1999). Apesar da sua relevância clínica, a detecção de sintomatologia depressiva em idosos é bastante baixa, o que pode ser justificado, em parte, pela baixa valorização dessas manifestações (Sousa, Medeiros, Moura, Souza, & Moreira, 2007). Torna-se difícil de diagnosticar algum tipo de depressão neste grupo etário por diversas razões: a) os idosos não recorrem habitualmente ao médico; b) os sintomas depressivos muitas vezes são considerados, pelos médicos, pelos doentes e sociedade, próprios do envelhecimento; c) presença de sintomas atípicos como queixas somáticas, alterações mnésicas, agitação e irritabilidade (Relvas et al., 2001).

Os sintomas depressivos englobam aspetos de natureza biológica, psicológica e social, originando um forte impacto funcional na vida dos idosos de todas as idades. Na velhice, podem estar associados a perdas físicas, à limitação a acesso de atividades que promovem o bem-estar e satisfação e, ao aumento do risco para o desenvolvimento e agravamento de doenças crónicas (Domingues & Neri, 2009). Para além dos sintomas comuns, em idosos, a sintomatologia depressiva costuma ser acompanhada por queixas somáticas, baixa autoestima, sentimento de inutilidade, humor disfórico, alterações do sono e do apetite e por vezes pensamentos suicidas (Siqueira et al., 2009). A sintomatologia depressiva é frequentemente confundida com sintomas de outras doenças e até mesmo considerada algo natural e habitual do envelhecimento (Chaimowicz, 2013). A resposta ao tratamento farmacológico a estes sintomas embora seja semelhante à dos adultos mais jovens, o risco de recaída e o comprometimento físico, funcional e social são maiores na população idosa (Chaimowicz, 2013).

**Tabela 3**

*Sintomas de depressão nos idosos*

Sintomas do estado de humor	Sintomas neurovegetativos	Sintomas cognitivos	Sintomas psicóticos
Irritabilidade	Perturbação do sono	Dificuldade de concentração	Ideias paranoides
Tristeza	Dores inespecíficas	Dificuldades na memória	Alucinações
Desânimo	Perda de energia	Lentificação do raciocínio	Delírios relacionados com a morte
Sentimento de inutilidade	Perda de peso ou ganho de peso		
Baixa autoestima	Lentificação psicomotora		
Anedonia			

Fonte: adaptado de Stella et al. (2002) pág. 93.

### **3.1. Etiologia e fatores de risco da sintomatologia depressiva em idosos**

As causas desta patologia no idoso inserem-se num conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos como o luto, abandono, doenças incapacitantes, entre outros. É de ressaltar que a depressão na pessoa idosa frequentemente está associada a perda de qualidade de vida, estando interligada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (Stella et al., 2002). Segundo o estudo de Djernes (2006) os principais fatores de risco de depressão em idosos podem ser: pertencer ao sexo feminino, ter de alguma forma doença somática, apresentar comprometimento cognitivo assim como comprometimento funcional, ausência ou perda de relações sociais próximas e apresentar histórico de depressão. Enquanto que para Pinho, Custódio, & Makdisse (2009) os principais preditores de depressão nesta população são pertencer ao sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, condição socioeconómica desfavorável, baixo suporte social, eventos *stressores*, depressão prévia, comorbidades psiquiátricas, distúrbios de sono, défices cognitivos, condições de saúde adversas e limitação funcional.

Os sintomas depressivos são mais frequentes entre os idosos, no entanto, a sua frequência é explicada por fatores associados com a idade, maior proporção de pessoas idosas do sexo feminino, problemas físicos, baixo estatuto socioeconómico e défice cognitivo (Blazer, 2003).

O desenvolvimento de depressão numa pessoa idosa depende de um certo número de fatores que atuam em conjunto. Uma combinação de doenças físicas, experiências de vida passadas, presença de fatores de vulnerabilidade e personalidade pré-mórbida podem contribuir para a origem desta patologia (Wattis & Curran, 2008). A sintomatologia depressiva no idoso pode associar-se a múltiplos fatores, tais como, alterações estruturais e funcionais no sistema nervoso central, comorbidades, doenças incapacitantes, abandono e/ou maus-tratos, uso crónico de medicamentos, mudanças dos papéis na sociedade e na família, entre outros (Scalco, Scalco & Miguel, 2006, cit. in Fernandes et al., 2010).

É importante salientar que são várias as questões que podem interferir na identificação de sintomas depressivos nesta população, destacando-se o início abrupto desses sintomas, a tendência dos idosos para expressarem alguns sintomas em forma de queixas físicas, bem como a sua relutância em relatar sintomas psiquiátricos (Fernandes et al., 2010).

### **3.2. Comorbilidade da sintomatologia depressiva em idosos**

Apesar de ser menos frequente no idoso em comparação com a prevalência da depressão em idades mais jovens (APA, 2013), a sintomatologia depressiva pode ter consequências prejudiciais. Na população idosa, a depressão é considerada um problema de saúde pública em virtude da sua alta prevalência e frequente associação com doenças crónicas, impacto negativo na qualidade de vida e risco de suicídio, abrangendo aproximadamente 15% a 20% dos idosos não institucionalizados que apresentam sintomas depressivos (Serby & Yu, 2003, cit. in Duarte & Rego, 2007).

Nos idosos, a tristeza é frequentemente disfarçada por problemas somáticos, o que pode protelar o diagnóstico e, conseqüentemente, o seu tratamento, particularmente se existe uma patologia médica associada. Entre as morbidades mais incidentes em idosos com mais de 65 anos de idade e intimamente relacionadas com sintomas depressivos, podem destacar-se as patologias do foro osteoarticular, a diabetes, a hipertensão arterial, a doença cardíaca, a perda auditiva e da visão, assim como a incontinência urinária (Bisschop, Kriegsman, Beekman, & Deeg, 2004). Existe também, uma associação geral entre lentidão da marcha, doença cardíaca e doença pulmonar crónica, por um lado, e sintomas depressivos e insatisfação pela vida, relatados pelas pessoas idosas, por outro (Wattis & Curran, 2008).

A avaliação adequada dos sintomas depressivos em pacientes com condições médicas associadas, por vezes é dificultada pela sobreposição de sintomas de patologias clínicas, como por exemplo, a fadiga, a dor, lentificação e percepção das conseqüências adversas das doenças, como é o caso da baixa autoestima (Teng, Humes, & Demetrio, 2005). As queixas dos idosos não são apenas de ordem física, fazendo com que a avaliação destes sujeitos deve ser abrangente o suficiente para ser capaz de detetar as alterações existentes e, até mesmo os sinais de risco de alguma perda funcional, com conseqüente perda de autonomia (Paradela, 2011).

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais relativos aos sintomas depressivos no que toca a cuidados a este tipo de população, visto que esses sintomas podem contribuir para o agravamento de doenças crónicas, distanciamento social e não adesão ao tratamento de doenças já existentes (Teston et al., 2014).

**Tabela 4**

*Doenças associadas à depressão em idosos*

Perturbações endócrinas	Hipotiroidismo Hiperparatiroidismo Doença de Addison Síndrome de Cushing
Perturbações metabólicas	Deficiência de vitamina B <sub>12</sub> /folatos/ferro Hipercalcemia
Perturbações neurológicas	Acidente cerebrovascular Doença de Parkinson Tumores intracranianos Epilepsia Esclerose múltipla
Dependência do álcool	
Infeções	Pós-influenza Mononucleose infecciosa Hepatite
Défices sensoriais	Défices da visão e da audição

Fonte: adaptado de Wattis & Curran (2006), pág. 165.

### **3.3. Estudos sobre sintomatologia depressiva em idosos**

No estudo de Cohen, Paskulin, & Prieb (2015), com 96 participantes com idade igual ou superior a 60 anos, os autores encontraram uma prevalência de 36.5% de sintomas depressivos na sua amostra. Identificaram também associação significativa entre sintomas depressivos e viuvez, observando-se que os sintomas depressivos foram mais frequentes entre as mulheres, os sujeitos de baixa escolaridade e os que não utilizam serviços de saúde. No Brasil, foi realizado um estudo com 258 sujeitos, com idades compreendidas entre os 60 e 98 anos de idade, em que se detetou que a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 20.9%, existindo associação significativa com não ter uma boa alimentação, utilizar 3 medicamentos diariamente, ter perdido um parente ou companheiro nos últimos meses, dificuldades em dormir e dependência funcional (Hoffmann et al., 2010). Os resultados do estudo de Fleck et al. (2002) demonstraram que a sintomatologia depressiva apresenta alta associação com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como uma maior utilização dos recursos de saúde.

Na tabela 5 podem encontrar-se mais estudos sobre sintomatologia depressiva nesta faixa etária.

Tabela 5

Estudos sobre sintomatologia depressiva em idosos

Autores	Tema/Objetivo	Amostra	N	Idades	Instrumentos	Principais Conclusões
Faria, Barreto, & Passos (2008)	Averiguar a prevalência e os fatores associados à sintomatologia depressiva em pessoas idosas	Brasil (2008)	314	≥60 anos de idade	- Geriatric Depression Scale (GDS)	Nas mulheres: Associação positiva entre sintomatologia depressiva e hipertensão arterial, asma, anemia, distúrbios do sono e redução da libido; Uso de quatro ou mais medicações diárias, uso prévio de antidepressivos e de anti-hipertensivos. Nos homens: Associação positiva entre sintomatologia depressiva e uso prévio de antidepressivos e benzodiazepínicos.
Alfonso et al. (2007)	Determinar a prevalência de depressão e fatores associados em pessoas idosas institucionalizadas	México	310	≥65 anos de idade	- GDS - Mini-Mental State Examination (MMSE) - Escalas de avaliação das atividades de vida diária: Índice de Lawton-Brody e de Katz	Associação positiva entre prevalência de depressão em pessoas idosas que dependem de cuidadores formais e que são portadoras de patologias crônicas.
César et al. (2013)	Estudar a prevalência de sintomas depressivos significativos em pessoas idosas	Brasil	455	≥60 anos de idade	- Escalas de Cronell - PHQ	Em 169 sujeitos, a prevalência de sintomas elevados de depressão, apresentaram associação positiva com a variável gênero feminino, baixo nível educacional e socioeconômico.
Almeida et al. (2015)	Identificar os fatores de risco para a depressão em idosos	Brasil	30	≥60 anos de idade	- Entrevista Semi-Estruturada - GDS	Alguns fatores de risco para a depressão em idosos podem estar associados com a presença de doença crônica, morte de alguém significativo e dificuldades financeiras.

McDougall, Matthews, Kvaal, Dewey, & Brayne (2007)	Estudar a prevalência de depressão e sintomatologia depressiva em pessoas idosas institucionalizadas e pessoas idosas da comunidade	Reino Unido	2640	≥65 anos de idade	- Geriatric Mental State (GMS) - Automated Geriatric Examination for Computer-assisted Taxonomy System (AGECAT)	A depressão é mais prevalente em pessoas idosas institucionalizadas, particularmente em sujeitos mais novos com grave comprometimento funcional.
Eisses et al. (2004)	Estudar os indicadores de risco para sintomatologia depressiva, em pessoas idosas que necessitam de cuidados em casa	Países Baixos	479	≥65 anos de idade	- GDS - MMSE - Groningen Activity Restriction Scale (GARS)	Comprometimento funcional grave, elevada escolaridade, solidão, história familiar depressiva e neuroticismo, estão associados a sintomas depressivos.
Batistoni & Neri (2009)	Explorar as relações entre eventos <i>stressantes</i> , avaliações subjetivas de suporte social e sintomatologia depressiva	Brasil	903	≥60 anos de idade	Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) - The Elders Life Stress Inventory (ELSI) - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	A prevalência de sintomas depressivos foi de 33.8%. Relacionaram-se principalmente com suporte insuficiente, vivência de alguns eventos <i>stressantes</i> , estatuto socioeconômico médio-baixo, pertencer ao sexo feminino
Tsai, Chung, Wong, & Huang (2005)	Comparar a prevalência e quais os fatores de risco para a existência de sintomatologia depressiva em pessoas idosas institucionalizadas, em duas zonas diferentes do país (Hong Kong e Taiwan)	China	Taiwan (N=150) Hong Kong (N=214)	≥65	- MMSE - GDS - Social Support Scale - Escala de Barthel	Satisfação com a situação de vida, condição de saúde percebida são alguns preditores de sintomatologia depressiva na amostra de Taiwan; Os preditores significativos na amostra de Hong Kong foram a satisfação com a situação de vida, estado cognitivo e funcional.
Fernandes, Nascimento, & Costa (2010)	Identificar a prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde	Brasil	91	≥60	GDS	Verificou-se sintomatologia depressiva em 52% da amostra.

## 4. Ansiedade em pessoas idosas

Os estudos realizados sobre psicopatologia em idosos, têm-se focado essencialmente na depressão e na demência nesta população (Beekman, Bremmer, Deeg, Balkom, & Smit, 1998), sendo que os estudos empíricos sobre a ansiedade em pessoas com idades mais avançadas são considerados limitados (Cerrato, Benítez, Baltar, & González, 2001; Pachana, Woodward, & Byrne, 2007), especialmente em populações com idade superior a 65 anos (Byrne, 2002; Xavier et al., 2001). A história da psicopatologia incidente em população idosa não se foca tanto nas perturbações de ansiedade, que parecem ser mais prevalentes do que se pensa (Byrne et al., 2010). A prevalência de sintomas de ansiedade varia de 15% a 52.3% em pessoas da comunidade e cerca de 15% a 56% em amostras clínicas (Bryant, Jackson, & Ames, 2008). Sabe-se que as perturbações de ansiedade em população geriátrica são relativamente comuns quando se fala em idade avançada. No entanto, como já foi referido, estas perturbações são menos estudadas em pessoas idosas do que qualquer outra perturbação de humor, como por exemplo, a depressão (Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011).

Algumas razões que levam à insuficiência de estudos relativamente a perturbações de ansiedade em idade adulta avançada, podem estar relacionadas com as dificuldades de diagnóstico devido à idade, frequente comorbilidade com doença médica e depressão, podendo originar um diagnóstico confuso, e também a escassez de instrumentos validados que avaliem este tipo de construtos, especificamente para população idosa (Bryant, 2010; Sheik, 2005, cit. in Ribeiro et al., 2011). Existem vários fatores que podem estar associados ao envelhecimento e, que podem dificultar o reconhecimento de perturbações de ansiedade entre pacientes idosos, tanto em estudos epidemiológicos, como na prática clínica. Também existe uma tendência para desconsiderar a importância destas perturbações em relação a outros problemas interligados ao envelhecimento (Palmer, Jeste, & Sheikh, 1997).

A ansiedade pode ser caracterizada por um estado emocional transitório que está relacionado com conflitos psicológicos e sentimentos desagradáveis de angústia e sofrimento, refletindo-se os principais sintomas nas alterações de sono (Chen, Hayman, Shmerling, Bean, & Leveille, 2011). Segundo American Psychiatric Association (2013), a perturbação de ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença dos sintomas tais como, dificuldade em controlar a preocupação excessiva, perturbações do sono, tensão muscular, dificuldade em relaxar, irritabilidade, entre outros.

Nos idosos mais concretamente, segundo Skinner e Vaughan (1985), a ansiedade envolve as limitações vivenciadas nesta fase do ciclo vital, que muitas vezes são interpretadas com uma visão catastrófica, gerando assim um sentimento de que algo ameaçador pode acontecer (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006). Manifesta-se essencialmente por sintomas como insónias, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tonturas, cefaleias, dores musculares, formigueiro no corpo e sudorese (Dalgalarrodo, 2000, cit. in Oliveira et al., 2006). Byrne (2002) destaca que são comuns os sintomas de ansiedade em pessoas idosas, e que na maioria das vezes, essa condição encontra-se associada a quadros depressivos e a doenças físicas.



Segundo Lenze & Wetherell (2009), o diagnóstico de perturbações de ansiedade em pessoas idosas torna-se num desafio, devido à dificuldade em distinguir ansiedade adaptativa da ansiedade patológica nesta população. Em comparação com pessoas mais jovens, as pessoas idosas tendem a não relatar os seus sintomas de ansiedade devido à confusão de sintomas, possivelmente derivada da comorbidade de doenças que a pessoa possa ter (Lauderdale & Sheikh, 2003, cit. in Ismail et al., 2015).

A presença de ansiedade em pessoas idosas pode afetar a sua qualidade de vida, bem como limitar as suas atividades, o que pode piorar o processo natural de envelhecimento (Saboya et al., 2010, cit. in Ismail et al., 2015). Pode existir ainda um efeito potencial dos sintomas de ansiedade afetarem o funcionamento ou dificuldade em realizar algumas atividades de vida diária (Brenes et al., 2005). Ao avaliar os níveis de ansiedade, deve-se diferenciar entre os tipos normais e patológicos de ansiedade. Esta última distingue-se da ansiedade normal pela avaliação da sua presença pelo próprio idoso, a sua família, amigos e médico, em que as avaliações se fundamentam nos estados internos descritos pelo idoso, o seu comportamento e funcionalidade (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). A ansiedade patológica é uma resposta inadequada a determinado estímulo, em virtude da sua intensidade ou duração (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Os sintomas ansiosos, e não as perturbações propriamente ditas, são frequentes em perturbações psiquiátricas (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000). A ansiedade dita normal passa a ser reconhecida como patológica a partir do momento em que os sintomas são exagerados ou desproporcionais em relação ao estímulo em questão e, interferem significativamente com a qualidade de vida do idoso ou desempenho diário (Allen, Leonard & Swedo, 1995, cit. in Castillo et al., 2000). Uma das maneiras mais práticas para distinguir ansiedade normal de ansiedade patológica inclui avaliar se as reações ansiosas são de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (Castillo et al., 2000).

Apesar de muitas vezes não se poderem considerar uma patologia clínica, os sintomas de ansiedade são um problema de saúde mental, que afetam o bem-estar do idoso, levando a consequências negativas na sua vida (Cerrato et al., 2001).

As perturbações de ansiedade incluem a perturbação de ansiedade generalizada, agorafobia, perturbação de fobia social, perturbação de pânico, fobias específicas, entre outras. Vários estudos referem que as perturbações de ansiedade abarcam entre 6% a 12%, em pessoas com 65 anos de idade ou mais; uma prevalência de 10.5% em pessoas até 85 anos de idade e de 4% em idosos até 95 anos de idade (Skoog, 2011). A perturbação de ansiedade generalizada, foi indicada por Fuentes & Cox (1997) como sendo a perturbação de ansiedade mais frequente na população idosa. No entanto, segundo Kwan & Wijeratne (2016), a partir dos 65 anos de idade não é muito comum surgir uma perturbação de ansiedade, pelo que se deve monitorizar as pessoas mais velhas que apresentem sintomas de ansiedade, para que se possa detetar a presença de uma perturbação não diagnosticada previamente.

Na velhice, existem três maneiras particulares da apresentação desta perturbação. Os idosos que se preocupam em demasia com a sua saúde, por norma, receiam que os sintomas físicos sejam indicadores de uma doença séria, apesar dos médicos negarem a existência de

uma doença. O medo de cair também é uma apresentação comum de ansiedade nesta faixa etária, mesmo em idosos que não tenham por hábito cair. Este medo por vezes, eleva o risco de queda através de mudanças na sua marcha, pode levar a uma redução e evitamento de atividades físicas e sociais, bem como isolamento social, depressão e qualidade de vida reduzida. Por fim, muitos idosos limitam-se à sua zona de conforto, isto é, evitam sair de casa sem um membro familiar (Kwan & Wijeratne, 2016).

#### 4.1. Etiologia e fatores de risco da ansiedade em idosos

Existem poucos estudos epidemiológicos acerca das perturbações de ansiedade em pessoas mais velhas, realizados em países em desenvolvimento (Neves et al., 2016). No entanto, a literatura existente acerca desta temática afirma que existem uma série de variáveis associadas a um aumento do risco de ansiedade em idades avançadas, mais especificamente, pertencer ao sexo feminino, o estado civil e ter ou não ter doenças (Wolitzky-Taylor et al., 2010). A baixa prevalência de pacientes idosos com ansiedade receberem cuidados de especialistas pode ser devido ao facto de existirem vários fatores relacionados ao idoso. Estes incluem uma tendência para os mesmos de somatizar os sintomas de ansiedade (Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008). Os mesmos autores acrescentam que alguns fatores de risco para ter ansiedade incluem condições de saúde crónicas, perceção de saúde negativa e limitações funcionais.

Segundo a revisão de literatura efetuada por Vink et al. (2008) existem vários fatores de risco associados aos sintomas de ansiedade nesta faixa etária. Relativamente aos fatores de risco biológicos, vários estudos apontam para a existência de uma correlação entre sintomas de ansiedade com défice cognitivo, pressão arterial alta, número de doenças crónicas, perceção negativa da sua saúde e limitações funcionais. Quanto aos fatores de risco psicológicos associados aos sintomas de ansiedade, os traços da personalidade (*locus* externo e neuroticismo), estratégias de *coping* disfuncionais e psicopatologia encontram-se correlacionados aos sintomas referidos e às perturbações de ansiedade. Finalmente, quanto aos fatores de risco sociais, alguns estudos identificaram a existência de eventos de vida stressantes e variáveis sociodemográficas como, pertencer ao sexo feminino, como fatores de risco para sintomas de ansiedade (Vink et al., 2008). Pessoas idosas com mais *stressores* psicossociais são mais propensas a experienciar sintomas de ansiedade, sendo que os idosos que sentem que necessitam de mais apoio emocional ou que têm pequenas crenças do domínio pessoal, têm duas vezes mais probabilidade de ter este tipo de sintomas (Mehta et al., 2003).

Outros fatores de risco como, eventos na infância desfavoráveis, baixa autoeficácia, baixa escolaridade, múltiplas doenças crónicas, traço da personalidade de neuroticismo, o parceiro ter alguma doença, isolamento social, incluindo estar solteiro, divorciado ou viúvo e comprometimento funcional, também podem estar associados aos sintomas de ansiedade (Kwan & Wijeratne, 2016).

No estudo holandês, desenvolvido por Beurs et al. (2001), que incluiu 3107 participantes, com idades compreendidas entre 55 anos e 85 anos de idade, o autor encontrou associações

significativas. Problemas de audição, de visão e percepção negativa da sua saúde foram os principais preditores de sintomas de ansiedade.

#### 4.2. Comorbilidade da ansiedade em idosos

Martín (1999) defende que a ansiedade é uma perturbação menos frequente nos idosos e mais comum nos jovens. Acrescenta também que a forma clínica mais frequente deste tipo de perturbação é a ansiedade generalizada, associando esta última à depressão.

Segundo a revisão de literatura realizada por Wolitzky-Taylor et al. (2010), as perturbações de ansiedade têm alta comorbilidade com depressão, com doenças médicas e com declínio cognitivo. A ansiedade e a depressão parecem ocorrer várias vezes em simultâneo (Beaudreau & O'Hara, 2008; Cerrato et al., 2001; Gorman, 1996), no entanto, a depressão parece encontrar-se, a maior parte das vezes, associada a perdas enquanto a ansiedade parece resultar de ameaças e perigos reais e iminentes (Vink et al., 2008). A comorbilidade entre ansiedade e depressão é bastante peculiar entre os sujeitos mais velhos, devido ao aumento da prevalência de doenças médicas associadas à idade. Sintomas somáticos, como por exemplo, palpitação cardíaca e problemas intestinais, são comumente experienciados entre estes idosos (Beaudreau & O'Hara, 2008).

Alguns problemas cardiovasculares como embolia pulmonar, angina de peito e a arritmia foram associadas a perturbações de ansiedade (Goldberg, 1993, cit. in Banazak, 1997). Pouco se sabe acerca da associação entre ansiedade no idoso e incapacidade, apesar das perturbações de ansiedade nesta faixa etária, serem tão ou mais prevalentes que a depressão (Norton et al., 2012).

Conforme se pode verificar na tabela 6, existem algumas doenças associados a perturbações de ansiedade.

**Tabela 6**  
*Doenças associadas aos sintomas de ansiedade em idosos*

Comorbilidades médicas	Perturbações do sono: apneia, síndrome das pernas inquietas
	Doença pulmonar obstrutiva crónica
	Diabetes <i>mellitus</i> - Hipoglicémia
	Arritmia
	Hipotiroidismo ou hipertiroidismo
	Doença de Parkinson
Perturbações psiquiátricas	Esclerose múltipla
	Perturbação vestibular
	Tumores ou Síndrome de Paraneoplásicas
	Perturbação de ansiedade
	Perturbação de humor: Depressão, Perturbação bipolar
Problemas cognitivos	Personalidade ansiosa
	Perturbação psicótica
	Delírios
	Demência

Fonte: adaptado de Kwan & Wijeratne (2016), pág. 39.

### **4.3. Estudos sobre ansiedade em idosos**

Os sujeitos que apresentam um ou mais sintomas de ansiedade, mas que não preenchem os critérios da perturbação são excluídos do diagnóstico. Isto é particularmente relevante para o estudo de populações idosas, pois, embora as perturbações de ansiedade não sejam tão comuns na população idosa, os sintomas de ansiedade, por outro lado, são frequentes nesta faixa etária (Fuentes & Cox, 1997).

Os resultados do estudo de Norton et al. (2012) revelaram que, ainda que os sintomas de ansiedade em pessoas idosas possam estar associados a formas menos severas de incapacidade, devem ser tidos em conta. Os sintomas de ansiedade e perturbações de ansiedade são mais prevalentes em pessoas idosas do sexo feminino do que no sexo masculino (Byrne et al., 2010).

Os resultados de um estudo, com 132 idosos com 65 anos ou mais anos de idade, e que se encontravam institucionalizados em regime centro de dia, na Grécia, mostraram que a ansiedade é mais prevalente em idosos com baixa atividade social e nos viúvos (Grammatikopoulos & Koutentakis, 2010).

Na tabela 7 encontram-se mais estudos detalhados, acerca da ansiedade em idosos.

Tabela 7.

*Estudos sobre ansiedade em idosos*

Autores	Tema/Objetivo	Amostra	N	Idades	Instrumentos	Principais Conclusões
Manela, Katona, & Livingston (1996)	Estudar a prevalência de ansiedade generalizada, perturbações de fobia e de pânico numa comunidade de idosos	Reino Unido	694	≥65	- Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) - Anxiety Disorder Scale (GAD)	- As perturbações de ansiedade na velhice são comuns e fazem parte da depressão; - A prevalência de perturbações de ansiedade (15%) foi similar à depressão (14.9%)
Bierman, Comijs, Rijmen, Jonker, & Beekman (2008)	Estudar se os sintomas de ansiedade se relacionam com o declínio cognitivo nos idosos	Alemanha	2351	Entre 55-85 anos de idade	- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - MMSE - Raven's Coloured Progressive Matrices	Sintomas ligeiros de ansiedade encontram-se associados a um melhor desempenho cognitivo enquanto que sintomas severos estão associados a um pior desempenho cognitivo
Xavier et al. (2001)	Descrever a prevalência da perturbação de ansiedade generalizada numa população de uma comunidade	Brasil	77	≥80	Critérios do DSM-IV	Constatou-se que 10.6% dos 77 idosos participantes apresentavam perturbação de ansiedade generalizada; elevados índices de ansiedade estavam associados a sintomas depressivos
Mehta et al. (2003)	Determinar a prevalência de sintomas de ansiedade na ausência de depressão	Estados Unidos da América	3041	Entre 70 e 79 anos de idade	- CES-D - Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - MMSE	Cerca de 15% dos participantes revelaram sintomas de ansiedade sem comorbilidade com depressão. Enquanto 43% revelaram sintomas de ansiedade com depressão associada.

---

Forsell (2000)	Averiguar quais os preditores para a ansiedade	Suécia	894	≥75 anos de idade	- Critérios DSM-III e - DSM-IV - Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)	A ansiedade é mais frequente nos idosos que não recebem visitas de familiares ou amigos, quer sejam idosos institucionalizados quer não.
Weele, Gussekloo, Waal, Craen, & Mast (2009)	Estudar a prevalência da ansiedade, qualidade de vida e mortalidade em idosos	Alemanha	201	90 anos de idade	-GDS-15 -Anxiety Screening Questionnaire - MMSE - Groningen Activity Restriction Scale (GARS) - Loneliness Scale of de Jong-Gierveld -36-Item Short Form Survey	A perturbação de ansiedade mais frequente na amostra foi a perturbação de ansiedade generalizada.
Kim, Morales, & Bogner (2008)	Examinar o papel da identidade étnica e do médico de saúde primária na ansiedade em idosos	Estados Unidos da América	330	≥65 anos de idade	-CES-D - Beck Anxiety Inventory (BAI) - Beck Hopelessness Scale (BHS)	Existem diferenças étnicas relativamente à presença de ansiedade, sendo que a étnica caucasiana apresenta maior prevalência nas perturbações de ansiedade do que a etnia negra.

---

## **5. Estudos empíricos sobre sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiedade em pessoas idosas**

A identificação de idosos com sintomas depressivos e, que devem receber acompanhamento e tratamento através de medicação, deve ser realizada por meio da procura ativa dos sintomas. Um fator que complica ainda mais a identificação destes sujeitos é que a depressão muitas vezes ocorre, com frequência, associada a outras perturbações clínicas e neuropsiquiátricas (Braga et al., 2015). A presença de queixas somáticas não exclui o diagnóstico de outras doenças psiquiátricas. A depressão e ansiedade frequentemente encontram-se associadas a estas queixas (Lazzaro & Ávila, 2004). A maior parte dos idosos dos cuidados de saúde primários, com perturbações de ansiedade ou de depressão, apresentam sintomas somáticos associados (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010).

O estudo de Löwe et al. (2008), com 2091 participantes, indicou que 75% dos pacientes deprimidos apresentavam também comorbidade com ansiedade, queixas somáticas ou ambos; 57% dos pacientes com ansiedade apresentavam comorbidade com depressão, queixas somáticas ou ambos e 54% dos participantes que apresentavam queixas somáticas, tinham depressão associados, ansiedade ou ambos.

A meta-análise, realizada por Henningsen, Zimmermann, & Sattel (2003), indicou que, pacientes com sintomas somáticos têm diagnóstico de depressão major ou sofrem de alguma perturbação de ansiedade em maior taxa de incidência do que pacientes com patologia orgânica conhecida. Na realização do diagnóstico da depressão é necessária alguma cautela, uma vez que as queixas somáticas são frequentes no próprio processo de envelhecimento normal, sendo que nos idosos deprimidos essas queixas tendem a estar associadas a grandes níveis de ansiedade (Trentini et al., 2005). Segundo Chou & Cheung (2013), a ocorrência de sintomas somáticos é maior em idosos com ansiedade e depressão em comorbidade do que nos idosos que apenas apresentam uma perturbação de ansiedade. Pacientes com ansiedade ou depressão diagnosticada têm significativamente mais sintomas somáticos e comprometimento funcional do que aqueles com doença crónica (Katon et al., 2001).

Os idosos deprimidos apresentam maior grau de hipocondria e ansiedade somática, com tendência a valorizar em demasia os sintomas físicos e, a aumentar em grande escala o consumo de medicações e procura de serviços de saúde (Argimon & Stein, 2005).

Num estudo com 374 participantes, os pacientes com perturbação de ansiedade generalizada (n=54) revelaram níveis altos de sintomas de ansiedade e depressivos assim como sintomas somáticos. Relativamente a estes últimos, os sintomas associados com perturbação de ansiedade generalizada foram sensação de formigueiro e perda de energia (Wetherell et al., 2010).

O reconhecimento da origem somáticas das queixas é, no entanto, difícil de se realizar, devido a uma forte associação entre ansiedade, depressão e somatização (Löwe et al., 2008), mas também porque alguns sintomas como dispneia, dor no peito e palpitações, podem ser a

manifestação de uma patologia somática e psiquiátrica (Frangos, Zekry, Rudhard-Thomazic, Giardini, & Perrenoud, 2011).

Alguns estudos evidenciaram também que perturbações de humor e de ansiedade são bons preditores de sintomas somáticos (Simon, Gater, Kisely & Piccinelli, 1996, cit. in Elklit & Christiansen, 2009).

### **5.1. Estudos sobre depressão e ansiedade na velhice**

Embora a depressão e a ansiedade historicamente sejam vistas como condições distintas, ambas não são mutuamente exclusivamente e muitas vezes coexistem no mesmo sujeito (Gorman, 1996). Os transtornos relacionados com a saúde mental, nomeadamente, a ansiedade e a depressão, afetam negativamente a saúde física, especialmente, em pessoas idosas (American Psychological Association, 2001). A ansiedade e a depressão na velhice apresentam um alto nível de comorbidade com doenças físicas, e por vezes torna-se bastante difícil distinguir sintomas psicológicos de físicos, reportados pelos idosos (Bryant, 2010).

Um estudo realizado por Yohannes, Baldwin, & Connolly (2008) revela que nem sempre os sintomas de ansiedade estão associados à presença de depressão no sujeito. A presença de sintomas de ansiedade podem ser independentes da sintomatologia depressiva comórbida e podem persistir em pessoas idosas não deprimidas (Norton et al., 2012). No entanto, Lenze et al. (2001) refere que é comum os idosos com depressão diagnosticada, frequentemente tenham sintomas de ansiedade associados e, que menos frequentemente tenham perturbação de ansiedade em comorbidade.

São vários os estudos que nos indicam que a prevalência de sintomas de ansiedade sem a presença de depressão num idoso, é muito baixa (Mehta et al., 2003). No estudo de Shahpesandy (2005) verificou-se que a ansiedade encontrava-se presente em pessoas idosas deprimidas.

### **5.2. Estudos sobre sintomas somáticos e depressão na velhice**

No envelhecimento é comum observar-se, principalmente, um aumento de sintomas somáticos e falta de bem-estar. A quantidade de comorbidades é responsável por uma pequena parte desta associação, visto que os sintomas somáticos tendem a ser associados aos sintomas de depressivos (Nguyen & Zonderman, 2006, cit. in Irigaray & Schneider, 2007). Idosos com depressão frequentemente apresentam doenças físicas, dores de cabeça e dores de estômago, sem causa médica aparente, bem como fadiga e irritabilidade (Alexopoulos et al., 1999; Caine & Conwell, 2001; Conwell & Pearson, 2002; Karel et al., 2002; Williamson, Shaffer, and Parmelee, 2002, cit. in Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009). Os resultados do estudo de Rollman, Block, & Schulberg (1997) revelam que é necessário monitorizar os sintomas depressivos, pois a sua redução pode diminuir significativamente a gravidade dos sintomas somáticos.



No estudo de Sheehan et al. (2003, cit. in Pimentel, 2010), com uma amostra de idosos que usufruíam de cuidados primários, os sintomas somáticos foram significativamente mais prevalentes em idosos deprimidos do que nos não deprimidos. Neste estudo, os sintomas mais comuns foram a fraqueza, sensação de massa na garganta, peso nas pernas, sensação de formigueiro e dor muscular. Quando um idoso apresenta sintomatologia depressiva, também é comum experienciar queixas somáticas como fadiga, cefaleias, dores lombares e problemas vagos nos intestinos (Relvas et al., 2001). Segundo Peña Solano, Herazo-Dilson, & Calvo Gómez, (2009), as queixas somáticas são mais comuns em idosos deprimidos do que em pacientes mais jovens e encontram-se relacionados com a depressão, sendo que os idosos com sintomas severos estão mais associados a um nível de gravidade mais elevado de depressão, tornando-se imprescindível avaliar a funcionalidade física e os sintomas somáticos nos mesmos (Shin, Jung, Jo, & Kang, 2009).

O estudo de Fonda & Herzog (2001) sugere que, ainda que os sintomas somáticos e do humor abarquem a sintomatologia depressiva no geral, eles são suficientemente únicos, para que a falha em considerá-los separadamente possa ocultar alguns fatores, relevantes para o processo patológico e tratamento dos problemas de saúde mental nos idosos. Torna-se fundamental avaliar as duas vertentes da sintomatologia depressiva, para que não ocorram erros, quer de diagnóstico quer de tratamento.

Num estudo Magnil, Gunnarsson, Björkstedt, & Björkelund (2008), com 302 participantes, vários sintomas somáticos foram associados com a presença de sintomatologia depressiva, especialmente dispneia, fadiga, problemas gastrointestinais, perturbação do sono, e também perda de apetite ou aumento do apetite. Anteriormente no estudo de Drayer et al. (2005), verificou-se que se deve considerar a presença de depressão no idoso, sempre que pacientes idosos, tenham doenças associadas e múltiplas queixas somáticas.

No estudo de Shin et al. (2009) constatou-se que as mulheres possuíam um maior número de doenças crónicas, o que pode estar relacionado com o elevado número de sintomas somáticos e conseqüentemente maior sintomatologia depressiva. No mesmo estudo verificou-se que a baixo estatuto socioeconómico, baixo desempenho funcional e um nível de queixas somáticas elevado que possa estar associado a depressão.

Os sintomas somáticos são muito prevalentes na população geriátrica, sendo que são vários os estudos que demonstram que o número e a severidade dos sintomas somáticos reportados pelas pessoas idosas, encontram-se intimamente relacionados com depressão (Jeong et al., 2014).

É importante destacar que os sintomas somáticos associados à depressão não sejam confundidos com perturbações somatoformes, em particular com a perturbação de somatização (Tylee & Gandhi, 2005).

### **5.3. Estudos sobre ansiedade e sintomas somáticos na velhice**

Ao falar em perturbações de ansiedade, sabe-se que os idosos experienciam, com mais frequência, sintomas somáticos do que os jovens adultos (Lenzé et al., 2000). Nos estudos

realizados por Lenzé et al. (2000) e Wolitzky-Taylor et al. (2010) as perturbações de ansiedade foram associadas a um maior nível de sintomas somáticos, como por exemplo, dores no peito e cabeça, suores e problemas intestinais.

Foram encontradas, também, fortes associações entre ansiedade em pessoas idosas e sintomas somáticos, assim como com os estilos de atribuição (Waxman et al., 1985; Gouvia et al., 1986, cit. in Sheehan et al., 2002). O sofrimento emocional da ansiedade é frequentemente acompanhado de sintomas físicos específicos associados a um estado de excitação, como o suor, tonturas e falta de ar. Também pode ser acompanhada de queixas somáticas, como insónia, agitação, dores musculares, dor abdominal, dor de peito, fadiga, e dores de cabeça (Gelenberg, 2000).

# Capítulo 2: Parte Empírica

## 1. Método

Após a realização da revisão de literatura, indispensável para a compreensão das dimensões em estudo, são apresentados em seguida, os objetivos deste estudo empírico. De seguida, será apresentado também uma explicação do desenho da investigação, os participantes que integraram o estudo, os instrumentos utilizados, procedimentos inerentes e por fim, será realizada a análise e interpretação dos dados obtidos.

### 1.1. Enquadramento e Objetivos

O objetivo principal deste estudo é analisar a relação entre sintomas somáticos e sintomas de ansiedade e de depressão. Pretende-se, assim, investigar a associação e o potencial preditivo da sintomatologia depressiva e da ansiedade nos sintomas somáticos. No seguimento do descrito, podem-se enumerar os seguintes objetivos:

1. Descrever e caracterizar a amostra em termos de sintomatologia depressiva.
2. Descrever e caracterizar a amostra em termos de sintomatologia ansiógena.
3. Analisar a associação entre sintomatologia depressiva e sintomas somáticos.
4. Analisar a associação entre ansiedade e sintomas somáticos.
5. Averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas somáticos, entre participantes do sexo feminino e masculino.
6. Averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas somáticos em função da existência ou não de sintomatologia depressiva.
7. Analisar se existem diferenças ao nível de sintomas somáticos em função da presença de sintomas de ansiedade ou não.
8. Analisar o valor preditivo da sintomatologia depressiva e da ansiedade nos sintomas somáticos.

### 1.2. Participantes

No que diz respeito à amostra presente nesta investigação, esta pode ser classificada por conveniência, visto ser constituída por sujeitos que demonstraram interesse e disponibilidade para participar no estudo em causa.

Quanto aos critérios de inclusão, normas que determinam se um sujeito pode ou não pode ser membro constituinte da amostra, foram estabelecidos os seguintes: a) idade igual ou superior a 65 anos de idade; b) sem défice cognitivo e/ou sem défice sensorial que impeça a sua participação na investigação.

### 1.2.1. Caracterização da Amostra

Neste estudo participaram 91 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos de idade, em que a média de idades é de 78.40, com um desvio padrão de 8.79. Desta amostra, 56 (61.5%) participantes pertencem ao sexo feminino e 35 (38.5%) pertencem ao sexo masculino.

Em relação ao estado civil, 48.4% (n= 44) dos sujeitos são casados, mas por outro lado, 39.6% (n=39) dos sujeitos são viúvos. Quanto ao local de residência, 41.8% (n=38) dos sujeitos provêm de uma pequena cidade e 33% (n=30) provêm de um grande meio rural.

No que concerne à escolaridade, pode verificar-se que 78% (n=71) dos sujeitos possuem até 9 anos de escolaridade, 13.2% (n=12) possuem até 12 anos de escolaridade e em menor percentagem, os sujeitos com formação universitária (licenciatura), abrangendo 7.7% (n=7) dos sujeitos da amostra.

No que toca à situação profissional, a grande maioria (96.7%, n=88) dos sujeitos encontra-se reformado e relativamente ao estatuto socioeconómico, verifica-se que 46.2% (n=42) têm estatuto médio alto, 33% (n=30) com estatuto socioeconómico baixo e 19.8% (n=18) com estatuto baixo-médio.

**Tabela 8**  
*Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=91)*

		n	(%)
Sexo	Mulher	56	61.5
	Homem	35	38.5
Estado Civil	Casado	44	48.4
	Viúvo	36	39.6
	Solteiro	8	8.8
	Divorciado/Separado	3	3.3
Local de Residência	Uma pequena cidade	38	41.8
	Um grande meio rural	30	33.0
	Um pequeno meio rural	14	15.4
	Uma grande cidade	9	9.9
Escolaridade	Até 9 anos	71	78.0
	Até 12 anos	12	13.2
	Formação Universitária (Licenciatura)	7	7.7
	Formação Universitária (Mestrado/Doutoramento)	1	1.1

Situação Profissional	Reformado	88	96.7
	Trabalhador por conta própria	2	2.2
	<i>Missing</i>	1	1.1
Estatuto Socioeconómico	Médio Alto	42	46.2
	Baixo	30	33.0
	Baixo Médio	18	19.8
	<i>Missing</i>	1	1.1

### 1.3. Instrumentos

O presente estudo recorreu a um protocolo de investigação constituído por diversos instrumentos. O estudo fez uso de um questionário de recolha de dados sociodemográficos, do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) para excluir os participantes da amostra com défice cognitivo, do *Somatic Symptom Scale - 8* (SSS-8) para avaliar os sintomas somáticos, da *Geriatric Depression Scale* (GDS) para avaliar sintomatologia depressiva e da *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) para avaliar os sintomas de ansiedade.

#### 1.3.1. Questionário Sociodemográfico

Esta parte do protocolo foi dedicada a questões de conteúdo mais pessoal, onde foram incluídos dados demográficos sobre os participantes, como a idade, estatuto socioeconómico, género, estado civil, escolaridade etc., bem como algumas questões relacionadas com a institucionalização.

#### 1.3.2. Mini-Mental State Examination (MMSE)

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE), foi criado por Folstein, Folstein, & McHugh (1975) e constitui um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o mundo. Usado isoladamente ou em conjunto com a aplicação de outros instrumentos mais completos e amplos, permite uma avaliação da função cognitiva (Almeida, 1998). Tem sido empregado em contextos clínicos, especificamente para a deteção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta a tratamento (Lourenço & Veras, 2006).

O estudo de adaptação da tradução do MMSE, foi publicado em Portugal, em 1994, por Guerreiro et al., onde estabeleceram valores de “corte” para a deteção de défice cognitivo, que têm sido utilizados desde a sua publicação (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994, cit. in Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009). No entanto, foram estabelecidos novos valores operacionais de “corte” do MMSE para a população portuguesa atual, que são: 22 para literacia de 0 a 2 anos; 24 para literacia de 3 a 6 anos e de 27 para literacia igual ou superior a 7 anos (Morgado et al., 2009).

### 1.3.3. Somatic Symptom Scale - 8 (SSS-8)

Na sequência do *Patient Health Questionnaire-15* (PHQ-15), foi criada a escala *Somatic Symptom Scale* (SSS-8) de oito itens, uma escala de autorrelato de sintomas somáticos, sendo que esta escala tem sido utilizada como medida de referência no DSM-5 (Narrow et al., 2013). Esta escala constitui uma versão reduzida do PHQ-15, tendo sido excluídos três itens do mesmo, nomeadamente, itens relativos a problemas menstruais, problemas sexuais e desmaio, devido a baixa prevalência de sintomas e baixa associação com medidas de funcionamento, qualidade de vida e uso de cuidados de saúde (Gierk et al., 2014). Alguns estudos indicam que os sintomas somáticos frequentemente se inserem em quatro grupos, nomeadamente, sintomas cardiopulmonares, gastrointestinais, de dor e de foco geral (Witthöft et al., 2013).

O estudo da escala teve lugar na Alemanha, incluindo 2510 sujeitos com idades superiores a 13 anos de idade. Os itens da escala apresentaram excelentes propriedades psicométricas, sendo que o alfa de Cronbach foi de 0.81 (Gierk et al., 2014).

Trata-se de uma escala tipo *likert*, em que o sujeito deve indicar com que frequência sentiu cada um dos sintomas indicados nos itens, nos últimos sete dias. Contem cinco opções de resposta em que o zero corresponde a “Nunca ou Raramente”; o um corresponde a “Poucas vezes”; o dois corresponde a “Por vezes”; o três corresponde a “Algumas vezes” e por fim, o quatro corresponde a “Muitas vezes” (Gierk et al., 2014). A pontuação final varia de zero a 32, sendo que os autores estabeleceram a pontuação de dezasseis a 32 pontos para “elevadíssimos sintomas somáticos”; de 12 a 15 pontos para “elevados sintomas somáticos”; de 11 a oito pontos para “médio”; de sete a quatro pontos para “baixo” e três a zero pontos para “mínimo” (Gierk et al., 2014).

Neste estudo em particular, foi utilizada a tradução da escala e as categorias utilizadas no estudo original do SSS8. Para esta dimensão, o instrumento possui uma boa consistência interna, apresentando um alfa de cronbach de .719.

### 1.3.4. Geriatric Depression Scale (GDS)

A *Geriatric Depression Scale* foi desenvolvida por Brink, Yesavage, Lum, Heersma, Adey, et al., em 1982, constituída por 30 itens, especificamente desenhada para avaliar depressão em pessoas idosas, sendo uma escala de autorrelato, com formato de resposta dicotómica (“sim/não”) (Pocinho et al., 2009; Sharp & Lipsky, 2002).

A GDS encontra-se traduzida e adaptada para 26 línguas diferentes, incluindo a versão brasileira, italiana e espanhola. Na sua validação e adaptação para Portugal, foram realizados diversos trabalhos de campo, com o objetivo de assegurar uma melhor representatividade da amostra, tendo sido selecionada a zona do Alentejo, devido à elevada taxa de suicídio entre idosos, constituindo um dos locais com maior índice de suicídio na Europa (Pocinho et al., 2009).

Yesavage et al. (1983 cit. in Pocinho et al., 2009) apontaram um alfa de Cronbach de 0.94, para avaliar a consistência interna do instrumento, sendo que esta propriedade estatística foi suportada por vários estudos. Foi possível verificar que 3 de 30 itens da versão original da

escala (itens 27, 28 e 30) não apresentaram consistência interna, tendo sido retirados (Pocinho et al., 2009).

Segundo Brink et al. (1982, cit. in Pocinho et al., 2009), quanto aos pontos de corte da escala, uma pontuação de dez pontos ou menos indica que o sujeito está dentro do parâmetro normal, ao passo que uma pontuação de 11 a 20 pontos indicam moderada sintomatologia depressiva e finalmente uma pontuação de 21 a 27 pontos, indicam sintomatologia depressiva moderada a severa. Nesta amostra, o instrumento apresenta uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0.89.

### **1.3.5. Geriatric Anxiety Inventory (GAI)**

A *Geriatric Anxiety Inventory* foi desenvolvido por Pachana et al. (2007, cit. in Ribeiro et al., 2011) para medir ansiedade especificamente em pessoas idosas. Baseado intencionalmente no formato da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), o GAI é um instrumento breve, de 20 questões de autorresposta, em que o tipo de resposta é dicotômica (“concordo/“discordo”).

O estudo para a adaptação portuguesa do instrumento foi desenvolvido por Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino (2011) com sujeitos com idades superiores a 55 anos de idade, de diferentes regiões do país, especialmente norte e centro. A validação do instrumento para a população portuguesa também foi testada em amostras constituídas por pacientes do Hospital da Universidade de Coimbra e do Hospital Psiquiátrico do Porto. O coeficiente do alfa de Cronbach encontrado para esta versão foi muito bom, sendo de .0964 (Ribeiro et al., 2011).

Alguns dos aspetos favoráveis ao uso deste instrumento são o facto de poder ser utilizada em contextos de baixa escolaridade, evitar itens invertidos e também as questões relativas às queixas somáticas (Ribeiro et al., 2011).

Neste estudo, o instrumento apresentou uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0.93.

## **1.4. Procedimentos**

Nos tópicos seguintes encontram-se descritos os diversos procedimentos relativos à presente investigação. Iniciamos com o esclarecimento do procedimento relativo ao processo de recolha de dados e de seguida apresentamos o procedimento de análise dos resultados.

### **1.4.1. Procedimento de recolha de dados**

Inicialmente, estruturou-se um protocolo de investigação, contemplando uma primeira parte com questões sociodemográficas, e uma segunda parte, que foi construída e adaptada mediante os objetivos propostos para este estudo, englobando alguns instrumentos específicos de avaliação de alguns constructos em pessoas idosas. Uma parte com indicadores biomédicos também foi incluída no protocolo, com questões relativas a número de medicação que toma, tipo de doenças, e outras perguntas relacionadas com a saúde dos sujeitos.

Relativamente à recolha de dados, esta apenas teve início após a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, tendo ocorrido de forma presencial entre os meses de outubro de 2016 e março de 2017. Foram recolhidos dados em diferentes contextos, tendo respondido idosos residentes na comunidade e idosos residentes em instituições. Em relação aos idosos residentes em instituições, começou-se por estabelecer um primeiro contacto com as instituições. De seguida, a equipa de recolha deslocou-se a cada umas das instituições para explicar o objetivo da investigação e averiguar a possibilidade de recolher dados nas mesmas, seguindo-se a recolha de dados. As questões relativas ao anonimato, à confidencialidade e consentimento informado foram sempre salvaguardadas. Antes do início da aplicação de cada protocolo, era dada uma explicação oral acerca dos objetivos do estudo a cada idoso. Os instrumentos foram aplicados individualmente e de forma oral.

#### **1.4.2. Procedimento de análise de dados**

Para o tratamento e análise de dados, recorreu-se à análise descritiva e analítica, utilizando o programa estatístico IBM SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 24, fornecido pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior.

Em primeiro lugar, procedeu-se à realização das estatísticas descritivas para caracterizar a amostra, nomeadamente, as frequências, média, desvio padrão, pontuação máxima e mínima. No que toca à estatística descritiva, apresentam-se para as variáveis de caracterização as tabelas de frequência correspondentes e, para as restantes variáveis, igualmente se apresentam as tabelas relativas às estatísticas relevantes.

Recorreu-se ao Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com a finalidade de analisar a normalidade e distribuição da nossa amostra. Os testes atingiram o nível de significância convencional ( $p < .05$ ) para que a hipótese nula seja rejeitada (*Kolmogorov-Smirnov*,  $p = .006$ ; *Shapiro-Wilks*,  $p = .001$ ). Sendo que o tamanho da amostra da presente investigação é inferior a 100 ( $n=91$ ), optou-se pela utilização de estatísticas não paramétricas. Recorreu-se então ao teste de *Mann-Whitney*, como alternativa não paramétrica ao teste de diferenças (teste T para amostras independentes); ao coeficiente de correlação de *Spearman* e à regressão múltipla hierárquica. Para a interpretação dos resultados de correlação de *Spearman* foram utilizados os valores de referência propostos por Pestana & Gageiro (2000), em que consideram uma correlação baixa ( $r_s = 0.2 - 0.3$ ); correlação moderada ( $r_s = 0.4 - 0.69$ ); correlação alta ( $r_s = 0.7 - 0.89$ ) e por fim, correlação muito alta ( $r_s = 0.9 - 1$ ). Para a interpretação do valor do coeficiente de determinação ( $R^2$ ), foram utilizados os valores propostos por (Cohen, 1988, cit. in Neto, Avrichir, Silva, & Figueiredo, 2016): 2% corresponde a um pequeno efeito, 13% a um efeito médio e,  $\geq 26\%$  corresponde a um grande efeito.

Calculou-se, ainda, a consistência interna das escalas utilizadas, através do alfa de Cronbach. Teve-se em consideração o facto de se tratar de uma investigação na área das ciências sociais e humanas e, como tal, considerou-se que um instrumento apresenta fiabilidade



apropriada quando o  $\alpha$  é igual ou superior a 0.60 (DeVellis, 1991, cit. in Maroco & Garcia-Marques, 2006).

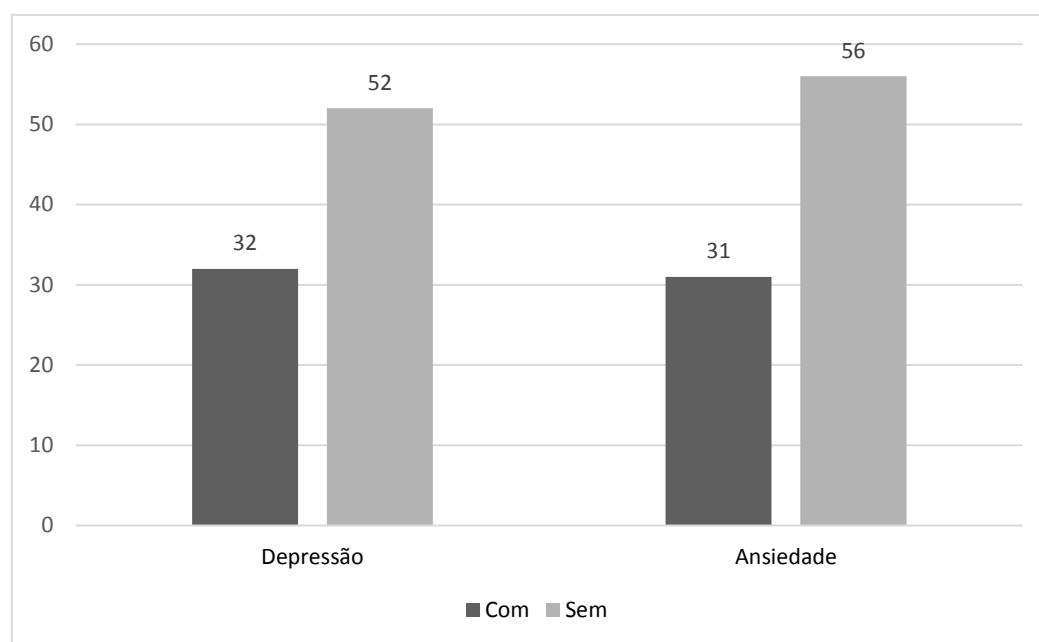
Na análise estatística realizada assumiu-se o intervalo de confiança de 95%, considerando estatisticamente significativos os testes com probabilidades iguais ou inferiores a 0.05.



## 2. Apresentação dos resultados

Relativamente à parte empírica, apresentam-se os resultados obtidos da investigação realizada, em função dos objetivos propostos.

Podemos verificar que 52 (57.1%) sujeitos da amostra não têm sintomatologia depressiva, enquanto que 32 (35.2%) sujeitos da amostra têm (apresentaram pontuação superior a 11 pontos na GDS). Quanto à ansiedade, 56 (61.5%) sujeitos da amostra não apresentam ansiedade, ao passo que 31 (34,1%) sujeitos têm ansiedade.



**Figura 1.**  
*Caracterização da amostra quanto ao nível de sintomatologia depressiva (n=84) e ansiôgena (n=87)*

Relativamente aos sintomas somáticos, mais especificamente, ter “problemas de estômago ou intestinos”, a maioria da amostra (n=58, 63.7%) referiu que “nunca ou raramente” sentiu esses sintomas nos últimos 7 dias, seguindo-se a resposta “muitas vezes ou sempre” (n=11, 12,1%), como sendo a mais frequente.

Quanto a ter sentido “dores de costas”, cerca de 36 (39.6%) sujeitos responderam “nunca ou raramente” em relação a estes sintomas, seguindo-se a resposta “muitas vezes ou sempre” com uma frequência de resposta de 25.5% (n=23).

Em relação ao item “dores de pernas, braços e articulações” cerca 30 (33.0%) sujeitos responderam ter sentido este tipo de dores “muitas vezes ou sempre”. As respostas dos restantes sujeitos constituintes da amostra variaram, sendo que 13 (14.3%) responderam “poucas vezes”, 12 (13.2%) responderam “por vezes” e 12 (13.2%) responderam “algumas vezes”.

No item referente à presença de “dores de cabeça”, a maioria dos sujeitos (n=60, 65.9%) respondeu “nunca ou raramente”, seguindo-se a resposta “por vezes” com 15.4% (n=14).

Relativamente ao item “dores no peito ou falta de fôlego”, mais uma vez, a maioria dos participantes (n=69, 75.8%) responderam que nunca ou raramente tinham estes sintomas.

Quanto ao sentir tonturas, a resposta mais comum entre os participantes foi “nunca ou raramente” (n=73, 80.2%).

No item “cansaço ou falta de energia”, novamente a resposta mais frequente foi “nunca ou raramente” com 41.8% (n=38), seguindo-se a resposta “muitas vezes ou sempre” com 18.7% (n=17).

Finalmente, no item “problemas de sono”, a resposta mais comum foi “nunca ou raramente” (n=52, 57.1%), seguindo-se a resposta mais referida “muitas vezes ou sempre” abrangendo 14.3% (n=13) das respostas.

**Tabela 9**

*Caracterização da amostra em termos de frequências de sintomas somáticos, segundo a escala do SSS-8*

Itens	Nunca ou Raramente	Poucas Vezes	Por vezes	Algumas vezes	Muitas vezes ou Sempre	Missing
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
“Problemas de estômago ou intestinos”	58 (63.7)	8 (8.8)	8 (8.8)	6 (6.6)	11 (12.1)	-
“Dores de costas”	36 (39.6)	9 (9.9)	9 (9.9)	14 (15.4)	23 (25.3)	-
“Dores de braços, pernas ou articulações”	23 (25.5)	13 (14.3)	12 (13.2)	12 (13.2)	30 (33.0)	1 (1.1)
“Dores de cabeça”	60 (65.9)	11 (12.1)	14 (15.4)	3 (3.3)	3 (3.3)	-
“Dores no peito ou falta de fôlego”	69 (75.8)	8 (8.8)	8 (8.8)	3 (3.3)	3 (3.3)	-
“Tonturas”	73 (80.2)	4 (4.4)	7 (7.7)	4 (4.4)	3 (3.3)	-
“Cansaço ou falta de energia”	38 (41.8)	14 (15.4)	11 (12.1)	11 (12.1)	17 (18.7)	-
“Problemas de sono”	52 (57.1)	11 (12.1)	8 (8.8)	7 (7.7)	13 (14.3)	-

## 2.1. Resultados para as análises das associações entre sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas somáticos

A ansiedade está correlacionada com a presença de sintomas somáticos,  $r_s = .477$ ,  $p = .000$ . Ou seja, maiores níveis de ansiedade estão associados a maiores níveis de queixas somáticas. O mesmo se verifica com a sintomatologia depressiva, em que esta se encontra correlacionada com a presença de sintomas somáticos,  $r_s = 0.524$ ,  $p = .000$ . Os coeficientes encontrados indicam, uma correlação moderada positiva em ambos casos, constatando assim, que quando os níveis de ansiedade e de depressão aumentam, os sintomas somáticos também tendem a aumentar (cf. Tabela 10).

**Tabela 10**

*Correlação entre ansiedade (n=85) e sintomas somáticos e depressão (n=83) e sintomas somáticos*

SSS8		
	$r_s$	$p$
GAI	.477	.000**
GDS	.524	.000**

\*\* $p < .01$

## 2.2. Resultados para *Mann-Whitney* (teste de diferenças) entre sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas somáticos

Relativamente à comparação da tendência central dos sintomas somáticos entre participantes do sexo feminino e masculino, os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas ( $U = 659.00$ ;  $p = .012$ ). Deste modo, podemos verificar que, quando analisadas as pontuações médias em virtude do mesmo, os idosos do sexo feminino referem mais sintomas somáticos em relação aos idosos do sexo masculino (cf. Tabela 11).

**Tabela 11**

*Nível de sintomas somáticos entre participantes do sexo feminino e do sexo masculino (n=90)*

	Feminino (n=55) Ordem Média	Masculino (n=35) Ordem Média	$U$
Nível de sintomas somáticos	51.02	36.83	659.00*

\* $p < .05$

Ao averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas somáticos em função da existência ou não de sintomatologia depressiva, tendo em conta os resultados apresentados (cf. Tabela 12), segundo o valor de  $p < .01$ , apura-se diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas com depressão e pessoas idosas sem depressão ao nível dos sintomas somáticos

( $U = 282.50$ ;  $p = .000$ ). Deste modo, pode dizer-se que as pessoas idosas com depressão apresentam mais níveis de sintomas somáticos do que pessoas idosas sem depressão.

**Tabela 12**

*Níveis de sintomas somáticos em participantes com e sem depressão (n=83)*

	Com Depressão (n=32) Ordem Média	Sem Depressão (n=51) Ordem Média	<i>U</i>
Níveis de sintomas somáticos	58.67	31.54	282.50**

\*\* $p < .01$

Ao averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas somáticos em função da existência de sintomas de ansiedade ou não e, tendo em conta os resultados apresentados (cf. Tabela 13), segundo o valor de  $p < .01$ , encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas com e sem ansiedade ao nível dos sintomas somáticos ( $U = 462.00$ ;  $p = .000$ ). Assim, é possível afirmar que as pessoas idosas com ansiedade apresentam mais níveis de sintomas somáticos do que pessoas idosas sem ansiedade.

**Tabela 13**

*Nível de sintomas somáticos em participantes com e sem ansiedade (n=86)*

	Com Ansiedade (n=31) Ordem Média	Sem Ansiedade (n=55) Ordem Média	<i>U</i>
Níveis de sintomas somáticos	56.10	36.40	462.00**

\*\* $p < .01$

### **2.3. Resultados para a análise dos valores preditivos da sintomatologia depressiva e de ansiedade nos sintomas somáticos**

Considerando a existência de associações estatisticamente significativas, apresentadas nos resultados anteriores, procedeu-se à averiguação da variável depressão e ansiedade como preditores da presença de sintomas somáticos.

No modelo preditor dos sintomas somáticos, segundo o modelo de regressão hierárquica, verificou-se que a depressão explica 24,8% da variância observada nos sintomas somáticos ( $\beta = 0.498$ ;  $p < 0.001$ ). No segundo passo, ao introduzir a variável ansiedade, a variância sobre cerca de 2%, passando a explicar cerca de 27% da variância, ficando assim indicado o efeito mediador da ansiedade nas queixas somáticas. Contudo, atendendo aos valores da correlação no modelo trabalhado, constata-se que apenas a depressão apresenta valores fortes e significativos, o que enfatiza a importância da sintomatologia depressiva na predição dos sintomas somáticos. Deste

modo, a depressão [ $B = .49$ ;  $t = 5.00$ ;  $p < .000$ ], contribui de forma estatisticamente significativa positiva para explicar a variabilidade da variável sintomas somáticos.

**Tabela 14**

*Efeito preditor da sintomatologia depressiva e da ansiedade nos sintomas somáticos*

Preditor	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	F
Depressão	.498	.248	.238	25.06
Ansiedade	.516	.266	.246	13.58





### 3. Discussão dos Resultados

O presente estudo foi desenvolvido no sentido de explorar a existência e a especificidade das relações entre algumas variáveis psicológicas, mais precisamente, procurou-se estudar a relação entre sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiedade em idosos. Tendo em conta os resultados obtidos apresenta-se, de seguida, a discussão dos resultados obtidos na nossa investigação.

Relativamente à incidência da sintomatologia depressiva e de ansiedade na amostra deste estudo, estes dados encontram-se na linha do estudo de Cohen, Paskulin, & Prieb (2015), em que este autor menciona que em 96 participantes, com idade igual ou superior a 60 anos, encontrou-se uma prevalência de 36.5% de sintomas depressivos na sua amostra. Também Hoffmann et al. (2010) no seu estudo desenvolvido no Brasil, com 258 sujeitos, com idades compreendidas entre os 60 e 98 anos de idade, detetou que a prevalência de sintomatologia na sua amostra foi de 20.9%. Pode ainda acrescentar-se o estudo de Fernandes et al. (2010), onde se verificou que a sintomatologia depressiva, representava cerca de 52% da sua amostra. Quanto aos estudos empíricos acerca da ansiedade em população idosa, na investigação de Manela et al. (1996), com 694 idosos, com idades iguais ou superiores a 65 anos de idade, a prevalência de perturbações de ansiedade detetada foi de 15%. À semelhança do estudo anterior, a prevalência de idosos com sintomas de ansiedade sem comorbilidade com depressão, no estudo de Mehta et al. (2003) foi de 15% também, mas neste caso com sujeitos com idades compreendidas entre os 70 e 79 anos. Assim, podemos dizer que os resultados deste estudo parecem corroborar a literatura, em que os idosos com frequência apresentam sintomatologia depressiva e sintomas de ansiedade.

No que diz respeito às análises das associações entre sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas somáticos, verificaram-se resultados estatisticamente significativos nestas variáveis, na medida em que a maiores níveis de ansiedade estão associados a maiores níveis de sintomas somáticos tendo-se verificado o mesmo para a sintomatologia depressiva. Tais resultados estão de acordo com a literatura existente, nomeadamente, com o estudo de Magnil, Gunnarsson, Björkstедt, & Björkelund (2008), em que vários sintomas somáticos foram associados com a presença de sintomatologia depressiva, especialmente dispneia, fadiga, problemas gastrointestinais, perturbação do sono e, também perda de apetite ou aumento do apetite. A literatura indica que quando um idoso apresenta sintomatologia depressiva, também é comum experienciar queixas somáticas como fadiga, cefaleias, dores lombares e problemas vagos nos intestinos (Relvas et al., 2001). Os resultados deste estudo corroboram, também, o estudo de Drayer et al. (2005) em que se verificou que se deve considerar a presença de depressão no idoso, sempre que pacientes idosos, tenham doenças associadas e múltiplas queixas somáticas.

Quanto aos resultados obtidos, que indicam que níveis de ansiedade elevados encontram-se associados a maiores níveis de sintomas somáticos, estes corroboram, por exemplo, os estudos realizados por Lenzé et al. (2000) e Wolitzky-Taylor et al. (2010), em que as perturbações de ansiedade foram associadas a um maior nível de sintomas somáticos,

nomeadamente, dores no peito e cabeça, suores e problemas intestinais. O sofrimento emocional da ansiedade é frequentemente acompanhado de sintomas físicos específicos associados a um estado de excitação, como o suor, tonturas e falta de ar. Também pode ser acompanhada de queixas somáticas, como insónia, agitação, dores musculares, dor abdominal, dor de peito, fadiga, e dores de cabeça (Gelenberg, 2000). Os autores Kroenke et al. (1997) sugerem que pacientes idosos com ansiedade ou depressão têm duas vezes mais probabilidade de exibir sintomas somáticos.

Relativamente às diferenças ao nível dos sintomas somáticos, entre participantes do sexo feminino e masculino, os nossos resultados mostraram que as mulheres comparativamente com os homens, demonstram mais sintomas somáticos. Estes dados estão de acordo com a revisão de literatura efetuada, em que, por exemplo, os resultados do estudo de Porcu et al. (2002) mostraram que a diferença de sintomas somáticos e psíquicos referentes à ansiedade apresentaram uma distribuição diferente quanto ao sexo dos entrevistados. As mulheres também relatavam com maior frequência humor depressivo e sintomas somáticos de ansiedade. Também os resultados do estudo de Kockler & Heun (2002) afirmam que as mulheres tendem a apresentar mais sintomas somáticos associados à depressão do que os homens.

Quanto aos resultados dos testes de diferenças entre os níveis de sintomas somáticos em função da presença de sintomas depressivos e de ansiedade, estes corroboram o estudo de Sheehan et al. (2003, cit. in Pimentel, 2010), numa amostra de idosos que usufruíam de cuidados primários, os sintomas somáticos foram significativamente mais prevalentes em idosos deprimidos do que nos não deprimidos. No estudo realizado por Lenzé et al. (2000), as perturbações de ansiedade foram associadas a um maior nível de sintomas somáticos.

Relativamente à análise dos valores preditivos da sintomatologia depressiva e de ansiedade nos sintomas somáticos, os resultados obtidos na amostra considerada indicam que a depressão prediz 24.8% da variância das queixas somáticas. No caso do estudo de Kroenke, Zhong, et al. (2010), a depressão foi considerada um preditor para a presença de sintomas somáticos. A severidade dos sintomas depressivos no estudo de Sayar, Kirmayer, & Taillefer (2003) também foram considerados bons preditores para a origem de sintomas somáticos. Alguns estudos evidenciaram também que perturbações de humor e de ansiedade são bons preditores das queixas somáticas (Simon, Gater, Kisely & Piccinelli, 1996, cit. in Elklit & Christiansen, 2009). Estes resultados alertam para a importância de, na avaliação e compreensão das queixas somáticas de idosos, se considerarem outros tipos de sintomas psicológicos, nomeadamente, a sintomatologia depressiva. Seria importante investigar esta temática com uma amostra representativa e com a avaliação de mais sintomas psicológicos para, efetivamente se compreender de que forma é que estes se encontram relacionados com a origem dos frequentes sintomas somáticos, para um tratamento mais global da pessoa idosa de forma a melhorar o seu bem-estar.

## 4. Conclusões e Considerações Finais

O interesse pela investigação na área das Ciências Sociais e Humanas, no que toca às relações entre as variáveis psicológicas e a saúde física, tem sido bastante notório. Deste modo, a presente dissertação teve a possibilidade de integrar num projeto alargado de investigação - “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina - ICHB”, e dentro das suas especificidades propusemo-nos a estudar, em particular, a relação entre queixas somáticas, sintomatologia depressiva e ansiedade, em pessoas idosas.

Os objetivos teóricos passaram pela revisão da literatura existente, referente às variáveis psicológicas em questão, de modo a possibilitar a definição e delimitação de conceitos, bem como abordar fatores de risco e comorbilidades associadas. Após a revisão de cada construto em separado, foi indispensável, estabelecer a relação destas variáveis entre si, com o objetivo de alcançar uma visão mais integradora. De forma a incluir a informação no contexto do estudo e a sustentar a sua crescente evolução e pertinência, foi possível resumir alguns estudos relevantes neste âmbito.

Em suma, os principais resultados principais desta investigação são: (1) a frequência de respostas ao SSS-8 dos participantes constituintes da nossa amostra, não foram muito constantes, sendo que as respostas mais pontuadas foram “nunca ou raramente” e “muitas vezes ou sempre” em quase todos os itens; (2) a maiores níveis de ansiedade estão associados maiores níveis de sintomas somáticos; (3) a sintomatologia depressiva encontra-se correlacionada positivamente com a presença de sintomas somáticos; (4) os idosos do sexo feminino referiram maiores níveis de sintomas somáticos em relação aos idosos do sexo masculino; (5) pessoas idosas com depressão, apresentam mais níveis de sintomas somáticos do que pessoas sem depressão; (6) pessoas idosas com ansiedade apresentam mais níveis de sintomas somáticos do que pessoas idosas sem ansiedade e, por fim, (7) a constatação de que a depressão, nesta amostra, explica 24.8% da variância observada nos sintomas somáticos. Estes últimos resultados sugerem que é necessário avaliar e compreender os sintomas somáticos nos idosos, investigando de que forma a sintomatologia depressiva pode contribuir para a sua origem.

No que concerne às potencialidades deste estudo, destacamos o facto de ser um contributo científico, acerca da população geriátrica, avaliando-se uma problemática atual e cada vez mais presente na nossa sociedade. Apesar das dificuldades sentidas, ao ser investigador a aplicar individualmente os questionários, ao invés de ser exclusivamente autorresposta, permitiu-nos aceder mais prontamente às dificuldades dos idosos, permitindo ao mesmo tempo, recolher informação qualitativa que veio enriquecer esta dissertação.

No entanto, uma investigação contém sempre dois lados distintos, ainda que regida por potencialidades, não se encontra ausente de limitações. Assim entre as limitações do presente estudo podemos destacar a dimensão da amostra e o facto de se tratar de uma amostra de conveniência, que coloca em questão a sua representatividade e, que impossibilita fazer afirmações gerais com rigor estatístico, sobre a população estudada. Acrescenta-se a desajustabilidade social, uma vez que os idosos, em algum momento da recolha, podem ter-se

sentido forçados a responder de forma que pensam ser mais adequada e não realmente o que sentiam. Outra limitação a apontar trata-se do facto do instrumento SSS-8, utilizado para avaliar os sintomas somáticos, não se encontrar adaptado para a população portuguesa.

Como dificuldades no desenvolvimento desta investigação, podemos referir a diversidade de definições existentes na literatura em relação aos constructos investigados, nomeadamente em relação à delimitação e distinção do conceito “sintoma somático”, mais especificamente. Durante o processo de revisão de literatura, por vezes, o acesso a documentos científicos, mostrou-se como um verdadeiro obstáculo. Outra dificuldade sentida, recai sobre a recolha presencial de dados, que se revelou num processo bastante exigente.

Para se colmatarem as limitações, seria importante em investigações futuras incluir uma variável relativa à saúde física, como por exemplo o número de medicação por sujeito, visto que a literatura refere que a origem da sintomatologia depressiva e ansiógena pode estar associada à medicação. Seria igualmente interessante estudar estas variáveis e verificar se estes resultados se apuram noutras faixas etárias.

De forma resumida, o nosso estudo tem fortes implicações na medida em que a explicação da origem das queixas somáticas parece estar relacionada com o facto da depressão e da ansiedade serem subdiagnosticadas neste tipo de população.

Apesar das limitações que a presente investigação possa apresentar, tanto a nível conceptual como metodológico, o trabalho realizado neste âmbito, mostrou-se, como enriquecedor, quer a nível pessoal, pela aquisição de novas competências fundamentais na área da investigação, mas também pelos resultados obtidos e contributos para a área científica.

## Referências Bibliográficas

- Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R., Wainscott, C., & Krishnan, K. R. R. (2002). Comorbidity of late life depression: An opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biological Psychiatry*, 52(6), 543-558. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01468-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01468-3)
- Alfonso, J., Martínez-Mendoza, Araceli, V., Martínez-Ordaz, Gerardo, C., Esquivel-Molina, ... Velasco-Rodríguez. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 45(1), 21-28.
- Almeida, M., Lemes, A., Nascimento, V., Fonseca, P., Rocha, E., Liba, Y., ... Cardoso, T. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana Saúde Pública*, 39(3), 627-641. <https://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2015390300012>
- Almeida, O. P. (1998). Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(3B), 605-612. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2-B), 421-426. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington (5<sup>a</sup> edition). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- American Psychological Association. (2001). Psychology and Aging: Addressing Mental Health Needs of Older Adults ..., 1-8.
- Andrade, F., Filha, M., Dias, M., Silva, A., Costa, I., Lima, É., & Mendes, C. (2010). Promoção da Saúde Mental do Idoso na Atenção Básica: As Contribuições da Terapia Comunitária. *Texto Contexto Enferm*, 19(1), 129-136.
- Antonini, F. M., Magnolfi, S. U., Petruzzi, E., Pinzani, P., Malentacchi, F., Petruzzi, I., & Masotti, G. (2008). Physical performance and creative activities of centenarians. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(2), 253-261. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.04.005>
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. (Dissertação de Doutorado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, XVI(1), 67-82.
- Argimon, I. I. D. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 64-72. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100008>

- Ávila, R., & Bottino, C. M. D. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 28(4), 316-320. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000700013>
- Banazak, D. A. (1997). Anxiety disorders in elderly patients. *Journal of American Board Fam Pract*, 10(4), 280-289. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9228623>
- Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., & Silva, J. da C. (2006). Correlação Entre Sintomatologia Depressiva E Prática De Atividades Sociais Em Idosos. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 77-85.
- Barata, J., & Diniz, J. (2014). Associação da depressão com doenças clínicas prevalentes na terceira idade : o papel da assistência de enfermagem. *Journal of Management & Primary Health Care*, 5(2), 230-241.
- Batistoni, S., & Neri, A. P. (2009). Sintomas depressivos e variáveis psicossociais em idosos residentes na comunidade. *Geriatrics Gerontologia*, 3(2), 76-82.
- Beaudreau, S. A., & O'Hara, R. (2008). Late-Life Anxiety and Cognitive Impairment: A Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 790-803. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817945c3>
- Beekman, A., Bremmer, M., Deeg, D., Balkom, A., & Smit, J. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.
- Benedetti, T., Borges, L., Petroski, E., & Gonçalves, L. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 302-307. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000007>
- Bertelli, R., Bianchi, J. J. P., & Cruz, E. C. (2009). Revisão para psicólogos da segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa em idosos. *Motricidade*, 5(2), 49-62. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462009000600015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000600015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
- Beurs, E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Dyck, R. Van, & Tilburg, W. Van. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *British Journal of Psychiatry*, 179, 426-431.
- Bierman, E., Comijs, H., Rijmen, F., Jonker, C., & Beekman, A. (2008). Anxiety symptoms and cognitive performance in later life: Results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Aging & Mental Health*, 12(4), 517-523. <https://doi.org/10.1080/13607860802224276>
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M. W., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social Science and Medicine*, 59(4), 721-733. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.038>
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology*, 58(3), 249-265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2004). What symptoms of depression predict mortality in community-dwelling elders? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 2052-6. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52564.x>

- Braga, I. B., Santana, R. C., & Ferreira, D. M. G. (2015). Depressão no Idoso. *Revista de Psicologia*, 9(26), 142-151.
- 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.
- Bryant, C. (2010). Anxiety and depression in old age: challenges in recognition and diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 511-513. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991785>
- 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>
- Buchanan, D., Tourigny-Rivard, M.-F., Cappeliez, P., Frank, C., Janikowski, P., Spanjevic, L., ... Herrmann, N. (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of Depression. *Canadian Journal of Geriatrics*, 9(2), 52-58.
- Byrne, G. J. A. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 74-80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500014>
- Byrne, G. J., Pachana, N. A., Goncalves, D. C., Arnold, E., King, R., & Khoo, S. K. (2010). Psychometric properties and health correlates of the Geriatric Anxiety Inventory in Australian community-residing older women. *Aging & Mental Health*, 14(3), 247-254. <https://doi.org/10.1080/13607861003587628>
- Carneiro, J. P., & Cabral, H. (2016). A linha tênue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 32, 118-124.
- Carreira, L., Botelho, M., Matos, P., Torres, M., & Salci, M. (2011). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro*, 19(2), 268-273. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015>
- Carvalho, M. P., & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184. <https://doi.org/Ficha nº22>
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(II), 20-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Cerrato, M., Benítez, N., Baltar, L., & González, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12(1), 19-26. Retrieved from <http://sid.usal.es/idocs/f8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>
- César, K., Takada, L. T., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Nascimento, L., Oliveira, M., ... Daré, P. (2013). Prevalence of depressive symptoms among elderly in the city of Tremembé, Brazil. *Dementia E Neuropsychologia*, 7(3), 252-257.
- Chaimowicz, F. (2013). *Saúde do Idoso*. (E. Barcelos, M. D. Madureira, & M. Ribeiro, Eds.) (2ª). Belo Horizonte: NESCON UFMG.

- Chen, Q., Hayman, L. L., Shmerling, R. H., Bean, J. F., & Leveille, S. G. (2011). Characteristics of chronic pain associated with sleep difficulty in older adults: The maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly (MOBILIZE) Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1385-1392. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03544.x>
- Chou, K.-L., & Cheung, K. C.-K. (2013). Major Depressive Disorder in Vulnerable Groups of Older Adults, Their Course and Treatment, and Psychiatric Comorbidity. *Depression and Anxiety*, 30(6), 528-537. <https://doi.org/10.1002/da.22073>
- Cohen, R., Paskulin, L. M. G., & Prieb, R. G. G. (2015). Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(2), 307-317. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000200307&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200307&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Creed, F., Guthrie, E., Fink, P., Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M., & White, P. (2010). Is there a better term than “Medically unexplained symptoms”? *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 5-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.004>
- Damasceno, B. P. (1999). Envelhecimento cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(1), 78-83. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000100015>
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas: Recomendações*.
- Dirkzwager, A. J. E., & Verhaak, P. F. M. (2007). Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BioMed Central Family Practice*, 8(33), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-33>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>
- Domingues, P. C., & Neri, A. L. (2009). Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*, 14(3), 164-173.
- Drayer, R. A., Mulsant, B. H., Lenze, E. J., et al. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 20(10), 973-982.
- Duarte, M. B., & Rego, M. A. V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 691-700. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300027>
- Eisses, A. M. H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., & Ormel, J. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 634-640. <https://doi.org/10.1002/gps.1137>
- Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2009). Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-1>



- Escobar, J. I., Cook, B., Chen, C.-N., Gara, M. A., Alegria, M., Interian, A., & Diaz, E. (2010). Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.001>
- Faria, A. C. N. B., Barreto, S. M., & Passos, V. M. D. A. (2008). Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(3), 175-182.
- Federación Mundial de Salud Mental. (1999). La salud mental y el envejecimiento. *Psiquiatría Pública*.
- Fernandes, M. das G., Nascimento, N., & Costa, K. (2010). Prevalência e Determinantes de Sintomas Depressivos em Idosos Atendidos na Atenção Primária de Saúde. *Rev. Rene. Fortaleza*, 11(1), 19-27.
- Fernandes, M. J. (2011). Enfermagem gerontogeriatrica em Portugal : uma prática emergente. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 8(1), 120-135. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2011.012>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>. Depression
- Fleck, M. P. D. A., Lima, A. F. B. da S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., & Camey, S. (2002). Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State" - A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fonda, S. J., & Herzog, A. R. (2001). Patterns and risk factors of change in somatic and mood symptoms among older adults. *Annals of Epidemiology*, 11(6), 361-368. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(00\)00219-2](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(00)00219-2)
- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131. <https://doi.org/10.4013/ctc.2010.32.06>
- Fonseca, M. L. G., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, 11(3), 285-294. Retrieved from <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/342/120>
- Forsell, Y. (2000). Predictors for Depression, Anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: Data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(6), 259-263. <https://doi.org/10.1007/s001270050237>
- Frangos, E., Zekry, D., Rudhard-Thomazic, V., Giardini, U., & Perrenoud, J. J. (2011). Somatic complaints in psychiatric elderly patients: Three clinical cases. *European Geriatric Medicine*, 2(1), 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2010.11.004>
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 44(2), 407-412.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>

- Fuentes, K., & Cox, B. J. (1997). Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: A critical analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(4), 269-279. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(97\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(97)00025-6)
- Galesi, L. F., Lorenzetti, C., Oliveira, M. R. M., Fogaça, K. C. P., & Merhi, V. L. (2008). Perfil alimentar e nutricional de idosos residentes em moradias individuais numa instituição de longa permanência no leste do estado de São Paulo. *Alimentos E Nutrição Araraquara*, 19(3), 283-290.
- Garbin, C., Sumida, D., Moimaz, S., Prado, R., & Silva, M. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência E Saúde Coletiva*, 15(6), 2941-2948.
- Garcia, M. A., Rodrigues, M., & Borega, R. (2002). O Envelhecimento e a Saúde. *Revista de Ciências Médicas*, 11(3), 221-231.
- Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saude Publica*, 38(3), 365-371. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300005>
- Gelenberg, A. J. (2000). Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety: Identification and Pharmacologic Treatment. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2(2), 49-54.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
- Gonçalves, E., Oliveira, L., & Cunha, M. (2007). Depressão no idoso: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Fragmentos de Cultura*, 17(3/4), 217-237.
- Gonçalves, V. C., & Andrade, K. L. (2010). Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 8(1), 289-299. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci%7B%7B%7D%7B\\_%7D%7B%7D%7Darttext%7B%7B%7D%7B&%7D%7B%7D%7Dpid=S1809-98232010000200013%7B%7B%7D%7B&%7D%7B%7D%7Dlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci%7B%7B%7D%7B_%7D%7B%7D%7Darttext%7B%7B%7D%7B&%7D%7B%7D%7Dpid=S1809-98232010000200013%7B%7B%7D%7B&%7D%7B%7D%7Dlang=pt)
- Gordilho, A., Sérgio, J., Silvestre, J., Ramos, L., Freire, M., Espindola, N., ... Karsch, Ú. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. (UnATI, Ed.). Rio de Janeiro.
- Gorman, J. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4, 160-168. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1996\)4:4<160::aid-da2>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1996)4:4<160::aid-da2>3.0.co;2-j)
- Grammatikopoulos, I., & Koutentakis, C. (2010). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of General Psychiatry*, 9(Suppl 1), S137. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-S1-S137>
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenwolf, M., & Weiss, M. G. (2005). Somatization Revisited

- Diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 85-92. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000152796.07788.b6>
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. C. (2003). Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000075977.90337.E7>
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 704-712. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0082-y>
- Hoffmann, E. J., Ribeiro, F., Farnese, J. M., & Lima, E. W. B. (2010). Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 190-197. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300004>
- Horta, A., Ferreira, D., & Zhao, L. M. (2010). Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 523-528.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). Acedido a 21 de Agosto de 2017 em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_bo ui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_bo ui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(1), 19-27. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100008>
- Ismail, Z., Mohamad, M., Isa, M. R., Fadzil, M. A., Yassin, S. M., Ma, K. T., & Bakar, M. H. A. (2015). Factors associated with anxiety among elderly hypertensive in primary care setting. *Journal of Mental Health*, 24(1), 29-32. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.971148>
- Jeong, H.-G., Han, C., Park, M. H., Ryu, S.-H., Pae, C.-U., Lee, J. Y., ... Steffens, D. C. (2014). Influence of the number and severity of somatic symptoms on the severity of depression and suicidality in community-dwelling elders. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(3), 274-283. <https://doi.org/10.1111/appy.12138>
- Kapfhammer, H.-P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), 227-39. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3181769&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Kaplan, I. H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. (7ª ed.)*. Nova Iorque: Williams & Wilkins.
- Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma and Personality Traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 917-925.
- Kim, Y. A., Morales, K. H., & Bogner, H. R. (2008). Patient ethnicity and the identification of anxiety in elderly primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*,

- 56(9), 1626-1630. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01859.x>
- Kockler, M., & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 65-72.
- Kohlmann, S., Gierk, B., Hummelgen, M., Blankenberg, S., & Lowe, B. (2013). Somatic Symptoms in Patients With Coronary Heart Disease: Prevalence, Risk Factors, and Quality of Life. *JAMA Internal Medicine, 173*(15), 1469-1471. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6705>. Author
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*(1), 34-43. <https://doi.org/10.1002/mpr.140>
- Kroenke, K., Jackson, J., & Chamberlin, J. (1997). Depressive and Anxiety Disorders in Patients Presenting With Physical Complaints: Clinical Predictors and Outcome. *The American Journal of Medicine, 103*(5), 339-347. [https://doi.org/S0002-9343\(97\)00241-6](https://doi.org/S0002-9343(97)00241-6) [pii]
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345-359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Kroenke, K., Zhong, X., Theobald, D., Wu, J., Tu, W., & Carpenter, J. (2010). Somatic Symptoms in Patients With Cancer Experiencing Pain or Depression: Prevalence, Disability, and Health Care Use. *Arch Intern Med, 170*(18), 1686-1694. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftl&NEWS=N&AN=00000779-201010110-00014>
- Kwan, E., & Wijeratne, C. (2016). Presentations of anxiety in older people. *Medicine Today, 17*(12), 34-41.
- Lazzaro, C. D. S., & Ávila, L. A. (2004). Somatização na prática médica. *Arquivos de Ciências Da Saúde, 11*(2), 2-5.
- Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2014). Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. *Psicologia: Ciência E Profissão, 34*(2), 318-329. Retrieved from [https://www.lib.uwo.ca/cgi-bin/ezpauthn.cgi?url=http://search.proquest.com/docview/1647033817?accountid=15115%5Cnhttp://vr2pk9sx9w.search.serialssolutions.com/?ctx\\_ver=Z39.88-2004&ctx\\_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft\\_id=info:sid/ProQ%3Apsycinfo&rft\\_val\\_fmt=info](https://www.lib.uwo.ca/cgi-bin/ezpauthn.cgi?url=http://search.proquest.com/docview/1647033817?accountid=15115%5Cnhttp://vr2pk9sx9w.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Apsycinfo&rft_val_fmt=info)
- Leeman, J., Harrell, J. S., & Funk, S. G. (2002). Building a Research Program Focussed on Vulnerable People. *West Journal of Nursing Research, 24*(1), 103-111.
- Lenzé, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., ... Reynolds, C. F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry, 157*(5), 722-728. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.722> [doi]
- Lenze, E., Mulsant, B. H., Shear, M. . K., Alexopoulos, G. S., Frank, E., & Reynolds, C. F. (2001). COMORBIDITY OF DEPRESSION AND ANXIETY DISORDERS IN LATER LIFE. *Depression and*

- Anxiety*, 14, 86-93.
- Lenze, E., & Wetherell, J. L. (2009). Bringing the bedside to the bench, and then to the community: a prospectus for intervention research in late-life anxiety disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.1002/gps.2074>. Bringing
- Lourenço, R. a, & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 191-199. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001>
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, 16(4), 1024-1032.
- Magnil, M., Gunnarsson, R., Björkstедt, K., & Björkelund, C. (2008). Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Factors in Elderly Primary Care Patients: A Descriptive Study. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 10(6), 462-468.
- Maia, L. C., Durante, A. M. G., & Ramos, L. R. (2004). Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 650-656. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500006>
- Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (1996). How common are the anxiety disorders in old age? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 65-70. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199601\)11:1<65::AID-GPS296>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199601)11:1<65::AID-GPS296>3.0.CO;2-M)
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martín, M. (1999). Transtornos psiquiátricos en el anciano. *Anales Sis San Navarra*, 22(1), 95-107.
- Matias, A., Fonsêca, M., Gomes, M., & Matos, M. (2016). Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein*, 14(1), 6-11. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>
- McDougall, F. A., Matthews, F. E., Kvaal, K., Dewey, M. E., & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age and Ageing*, 36(5), 562-568. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm111>
- Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Penninx, B. W., Schulz, R., Rubin, S. M., Satterfield, S., & Yaffe, K. (2003). Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: findings from the health aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 499-504. <https://doi.org/jgs51158> [pii]
- Minayo, M. C. de S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>
- Moraes, E., Moraes, F., & Lima, P. (2010). Características biológicas e psicológicas do

- envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Morais, O. N. P. (2009). Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia, Ciência E Profissão*, 29(4), 846-855.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination New Normative Values of Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 19-25. Retrieved from [http://www.spneurologia.org/R/Sinapse/Sinapse\\_Vol9\\_N2\\_Nov09.pdf](http://www.spneurologia.org/R/Sinapse/Sinapse_Vol9_N2_Nov09.pdf) [http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=2009653672%5Cnhttp://metalib.lib.ic.ac.uk:9003/sfx\\_local?sid=OVID&isbn=&issn=1645-281X&volume=9&issue=2&date=2](http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=2009653672%5Cnhttp://metalib.lib.ic.ac.uk:9003/sfx_local?sid=OVID&isbn=&issn=1645-281X&volume=9&issue=2&date=2)
- Mourão, C. A., & Silva, N. M. (2010). Influência de um programa de atividades físicas recreativas na autoestima de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(3), 324-334. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2010.030>
- Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L., & Regier, D. a. (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part III: Development and Reliability Testing of a Cross-Cutting Symptom Assessment for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 71-82. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12071000>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas Em Psicologia*, 14(1), 17-34. <https://doi.org/10.1080/17496535.2013.779007>
- Neto, M., Avrichir, I., Silva, D., & Figueiredo, C. (2016). Adaptação e validação de instrumento de medida de competências interculturais para estudantes universitários Brasileiros. *REGE - Revista de Gestão*, 23, 20-30. <https://doi.org/10.1016/j.rege.2015.10.001>
- Neu, D. K. de M., Lenardt, M. H., Betiolli, S. E., Michel, T., & Willig, M. H. (2011). Indicadores De Depressão Em Idosos Institucionalizados. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 418-423. <https://doi.org/10.5380/ce.v16i3.24217>
- Neves, S., Tudela, J., & Firmino, H. (2016). Perturbação de Somatização e de Ansiedade. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas* (pp. 229-247).
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-8.
- Norton, J., Ancelin, M., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K., & Carrière, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.002>
- Oliveira, D. L. C., Goretti, L. C., & Pereira, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 10(1), 91-96. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552006000100012>
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., & Néri, A. (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>
- Oliveira, M., Bezerra, V., Silva, A., Alves, M., Moreira, M., & Caldas, C. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência E Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). O Papel dos Psicólogos no Envelhecimento. Lisboa.
- Organizacion Panamericana de La Salud. (1993). Enfermería gerontológica: Conceptos para la práctica, (31).
- Pachana, N. A., Woodward, R. M., & Byrne, G. J. A. (2007). Treatment of specific phobia in older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3), 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.002>
- Paixão, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
- 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, 183-190.
- Paradela, E. (2011). Depressão em Idosos. *Revista Brasileira de Medicina*, 64(11), 31-40.
- Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 40-43. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100005>
- Peña Solano, D. M., Herazo-Dilson, M. I., & Calvo Gómez, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de La Facultad de Medicina*, 57(4), 347-355.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. do C. C., Ribeiro, R. de C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(1), 27-38. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>
- Pestana, H. A., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pilan, L. A., & Benseñor, I. M. (2008). Síndromes funcionais somáticos. *Rev Med (São Paulo)*, 87(4), 238-244.
- Pimentel, S. (2010). *Manifestações somáticas da depressão no idoso*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade : revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 12(1), 123-140.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. a., Lee, T. T., & Yesavage, J. a. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236. <https://doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Porcu, M., Scantamburlo, V., Albrecht, N., Silva, S., Vallim, F., Araújo, C., ... Faiola, R. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados

- , institucionalizados e residentes na comunidade. *Maringá*, 4(3), 713-717.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 793-797. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry*, 180, 248-253. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.248>
- Reis, L. A., Vasconcelos Torres, G., Araújo, C. C., Reis, L. A., & Novaes, L. K. N. (2009). Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-Ba. *Psicologia Em Estudo*, 14(2), 295-301. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000200010>
- Relvas, J., Pestana, L. C., Albuquerque, A. J., Paiva, F. M., Carraça, I. R., Loureiro, M. J., & Correia, Z. A. (2001). Recomendações Terapêuticas -Depressão. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 191-218.
- Resende, M. C. de, Almeida, C. D. P., Pereira, G., Cristina, S., & Galicioli, P. (2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico*, 42(1), 31-40.
- Ribeiro, A., Souza, E., Atie, S., Souza, A., & Schilithz, A. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência E Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562177>
- Rollman, B. L., Block, M. R., & Schulberg, H. C. (1997). Symptoms of major depression and tricyclic side effects in primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 12(5), 284-291. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.012005284.x>
- Santos, S. S. C. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica. *Rev Bras Enferm*, 63(6), 1035-1039. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600025>
- Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108-114. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00277-3](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00277-3)
- Schimidt, T. C. G., & Silva, M. J. P. (2012). Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(3), 612-7.
- 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>
- Segalla, R., & Spinelli, R. B. (2011). Avaliação Nutricional de Idosos Intitucionalizados na Sociedade Beneficente Jacinto Godoy, em Erechim, RS. *Perspectiva*, 35(191), 189-201.
- Shahpesandy, H. (2005). Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuroendocrinology Letters*, 26(6), 691-695.



- Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American Family Physician*, 66(6), 1001-1008. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/2002/0915/p1001.html>
- Sheehan, B., Philpot, M., & Banerjee, S. (2002). Attributions of physical symptoms in patients of an old age psychiatry service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(1), 61-64. <https://doi.org/10.1002/gps.520>
- Shin, K.-R., Jung, D., Jo, I., & Kang, Y. (2009). Depression among community-dwelling older adults in Korea: a prediction model of depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.03.001>
- Silva, P., & Caldas, C. P. (2007). Implicações psicossociais do envelhecimento: o caso da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas. *Revista Kairós*, 10(2), 189-204.
- Simon, G., Gater, R., Kisely, S., & Piccinelli, M. (1996). Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 481-488.
- Siqueira, G., Vasconcelos, D., Duarte, G., Arruda, I., Costa, J., & Cardoso, R. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência E Saúde Coletiva*, 14(1), 253-259.
- Skoog, I. (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 387-397. <https://doi.org/10.1177/070674371105600702>
- Sousa, R., Medeiros, J., Moura, A., Souza, C., & Moreira, I. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 102-107.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. L. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da atividade física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Teng, C. T., Humes, E. de C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>
- Teston, E. F., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2014). Depressive symptoms in the elderly: comparison of residents in condominium specific for elderly and in the community. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 450-456. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140060>
- Tier, C., Fontana, R., & Soares, N. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(3), 332-335.
- Tier, C., Santos, S., Pelzer, M., & Bulhosa, M. (2007). Evaluation Levels for Depression in the Elderly. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(2/3), 27-36.
- Trentini, C. M., Freitas Xavier, F. M., Chachamovich, E., Rocha, N., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. A. (2005). The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 119-123. <https://doi.org/S1516-44462005000200009> [pii]\n/S1516-44462005000200009

- Troen, B. R. (2003). The Biology of Aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(1), 3-22. <https://doi.org//S0034-98872009000200017>
- Tsai, Y.-F., Chung, J. W. Y., Wong, T. K. S., & Huang, C.-M. (2005). Comparison of the prevalence and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home residents in Taiwan and Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 315-321. <https://doi.org/10.1002/gps.1281>
- Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4), 167-76. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1192435&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2), 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
- Wattis, J., & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria da Terceira Idade*. (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Weele, G. M. Van der, Gussekloo, J., Waal, M. W. M. De, Craen, A. J. M. De, & Mast, R. C. Van der. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24, 595-601. <https://doi.org/10.1002/gps>
- Wessely, S., Nimnuan, C., Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many?. *The Lancet*, 354, 936-939.
- Wetherell, J. L., Ayers, C. R., Nuevo, R., Stein, M. B., Ramsdell, J., & Patterson, T. L. (2010). Medical conditions and depressive, anxiety, and somatic symptoms in older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 14(6), 764-768. <https://doi.org/10.1007/s11103-011-9767-z>
- Witthöft, M., & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257-283. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131505>
- Witthöft, M., Hiller, W., Loch, N., & Jasper, F. (2013). The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 172-183. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9237-2>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
- World Health Organization. (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly. *Technical Report Series 706*. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_706.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706.pdf)

- World Health Organization. (2002). O Peso das Perturbações Mentais e Comportamentais. In C. Editores (Ed.), *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança* (pp. 1-206).
- World Health Organization. (2011). Global Health and Aging. *NIH Publication*, 1(4), 273-277. <https://doi.org/11-7737>
- Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Trenti, C. M., Argimon, I., Bertolucci, P. H., Poyares, D., & Moriguchi, E. H. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista de Saude Pública*, 35(3), 294-302. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000300013>
- Yohannes, A. M., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1141-1147. <https://doi.org/10.1002/gps>