

Capacidade de Tomada de Decisão em Saúde e Sintomatologia Depressiva e Ansiógena em Adultos Mais Velhos

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Emília Raquel Costa dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

2º ciclo de estudos

Orientadora: Prof.^a Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

Coorientadora: Prof.^a Doutora Ana Paula Saraiva Amaral

novembro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Emília Raquel Costa dos Santos, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13185 do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade Ciências Sociais e Humanas declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 17/11/2025

Agradecimentos

Quero começar por agradecer aos meus pais, que me deram o privilégio de poder viver os meus sonhos e de lutar por eles. Espero um dia conseguir retribuir tudo aquilo que me deram. Pai, serás sempre o meu herói e o meu exemplo a seguir. Mãe, obrigada por estares sempre ao meu lado.

Aos meus avós que sempre me acompanharam ao longo da vida. Em especial, à Avó Peta que mesmo que estejas ausente, estarás sempre presente nas memórias e nas saudades. As nossas conquistas eram sempre as tuas. Prometo que vou continuar a sorrir, porque por cada sorriso meu, sei que haverá um teu a acompanhar.

Ao meu irmão Pedro, que me apoia e motiva incondicionalmente. Crescer ao teu lado foi, e continua a ser, uma das melhores partes da minha vida. A tua força e resiliência são uma constante inspiração. À Daniela, pela presença leve e pelas palavras certas nos momentos certos, rir contigo é sempre um verdadeiro prazer.

Ao Bruno, o meu parceiro de vida, que todos os dias me mostra o verdadeiro significado da palavra amor. Tenho tanto orgulho em ti. A tua humildade, generosidade e bondade com os outros fazem-me, diariamente, querer ser uma pessoa melhor. Obrigada por estares sempre ao meu lado, com paciência, amor e compreensão.

Ao resto da minha família, tão especial, por todo o apoio incondicional e por serem a base firme de quem sou. Aos meus padrinhos, tios e primos que, estejam perto ou longe, estão sempre presentes no coração.

Aos meus amigos, que sempre foram casa e sempre o serão. À Joana, pela sua sinceridade e honestidade. À Maria, pela alegria contagiante e pela capacidade única de trazer leveza nos dias mais pesados. À Sofia, por cada palavra bondosa e pelo olhar sempre acolhedor. Ao Menaia, por ter um coração gigante, pela humildade e genuinidade que transmites aos outros, nunca dizes não quando um amigo precisa. Ao Martins, por ser uma presença constante, paciente e verdadeira. Ao Simão, Fábio, Tiago, Vasco e Macedo, por tornarem cada momento partilhado inesquecível. Ao Farzad, por ser um grande amigo e a prova que a barreira linguística não é impedimento de nada. Um brinde a vocês, que tornam a vida mais colorida. Obrigada por cada momento.

Às professoras Rosa Marina Afonso e Ana Paula Amaral, pelo apoio, orientação e motivação ao longo de toda a elaboração desta dissertação. Agradeço profundamente a

paciência, a disponibilidade e os conselhos valiosos transmitidos em cada etapa do trabalho. A vossa orientação e incentivo foram fundamentais para superar desafios e consolidar conhecimentos, permitindo que este estudo se concretizasse com rigor e qualidade. Agradeço, igualmente, a confiança depositada em mim para desenvolver este projeto tão relevante e enriquecedor, que contribuiu significativamente para o meu crescimento acadêmico e profissional na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

Por fim, deixo um agradecimento sincero a todas as pessoas que, de alguma forma, fizeram parte destes cinco anos de percurso. O meu eterno obrigada.

Resumo

O envelhecimento da população coloca novos desafios à promoção e prestação de cuidados de saúde, particularmente no que se refere à tomada de decisão de pessoas mais velhas. Nestes processos de tomada de decisão interferem variáveis, nomeadamente sintomas psicopatológicos e fatores cognitivos neste processo. Este estudo teve como objetivos avaliar a capacidade de decisão em saúde, o funcionamento cognitivo e a sintomatologia depressiva e ansiógena em adultos mais velhos, bem como analisar a relação entre estas variáveis e identificar preditores psicossociais relevantes. Participaram no estudo 60 adultos, com idades entre os 60 e 85 anos ($M = 71.17$ anos; $DP = 5.96$) e sem declínio cognitivo. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde), Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI), *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI-20) e *Geriatric Depression Scale* (GDS-30).

Os resultados indicaram que a capacidade de decisão em saúde apresentou correlação estatisticamente significativa com o desempenho cognitivo e não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva ou ansiosa. Observou-se uma forte associação entre sintomatologia depressiva e ansiosa. A regressão linear múltipla indicou que a idade e a sintomatologia depressiva são preditores negativos significativos da capacidade de decisão em saúde.

Os resultados sugerem que a tomada de decisão em saúde se encontra relacionada com uma interação de variáveis sociodemográficas, cognitivas e emocionais. Os resultados alertam para a importância de estratégias multidisciplinares e preventivas para a promoção e preservação da capacidade de decisão em saúde, nomeadamente o tratamento de sintomatologia depressiva e promoção do funcionamento cognitivo.

Palavras-chave

Tomada de decisão em saúde; Cognição; Sintomatologia depressiva; Sintomatologia ansiógena; Adultos mais velhos.

Abstract

Population aging poses new challenges to the promotion and delivery of healthcare, particularly regarding decision-making among older adults. These decision-making processes are influenced by various factors, including psychopathological symptoms and cognitive variables. The present study aimed to assess health decision-making capacity, cognitive functioning, and depressive and anxiety symptoms in older adults, as well as to analyse the relationships among these variables and identify relevant psychosocial predictors. The study included 60 adults aged between 60 and 85 years ($M = 71.17$; $SD = 5.96$), all without cognitive decline. The following assessment instruments were used: *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Capacity Assessment Instrument-Health* (CAI-Health), *Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory* (IAFAI), *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI-20), and *Geriatric Depression Scale* (GDS-30).

The results indicated that health decision-making capacity showed a statistically significant correlation with cognitive performance and no statistically significant correlation with depressive or anxiety symptoms. A strong association was observed between depressive and anxiety symptoms. Multiple linear regression showed that age and depressive symptoms are significant negative predictors of health decision-making capacity.

These findings suggest that health decision-making is influenced by the interaction of sociodemographic, cognitive, and emotional variables. The results highlight the importance of multidisciplinary and preventive strategies to promote and preserve health decision-making capacity, particularly through the treatment of depressive symptomatology and the enhancement of cognitive functioning.

Keywords

Health decision-making; Cognition; Depressive symptoms; Anxiety symptoms; Older adults.

Índice

<i>Introdução</i>	1
<i>1. Envelhecimento da população e capacidade de decisão em relação aos cuidados de saúde</i>	2
1.1. Envelhecimento e Implicações na Saúde Mental	2
1.2. Aumento de doenças – morbilidades e comorbilidades	3
1.3. Necessidade de Tomada de Decisão	4
1.4. Sintomatologia depressiva e ansiógena na velhice	5
<i>2. Tomada de Decisão em Saúde e Sintomatologia Depressiva e Ansiógena</i>	6
2.1 Tomada de Decisão: Modelos e perspectivas	6
2.2. Avaliação da capacidade de tomada de decisão em saúde	7
2.3. Relação entre sintomatologia depressiva e ansiógena e processo de tomada de decisão em saúde	8
<i>3. Objetivos do Estudo</i>	10
<i>4. Métodos</i>	11
4.1. Participantes	11
4.2. Instrumentos	12
4.2.1. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	13
4.2.2. Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde)	13
4.2.3. Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)	13
4.2.4. Geriatric Anxiety Inventory (GAI)	14
4.2.5. Geriatric Depression Scale (GDS)	14
4.2.6. Questionário Sociodemográfico	14
4.3. Procedimentos	15
4.4 Análise de Dados	15
<i>5. Resultados</i>	16
<i>6. Discussão de Resultados</i>	18
<i>7. Conclusão</i>	21

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos participantes (N = 60)

Tabela 2 - Caracterização Clínica dos participantes (N=60)

Tabela 3 – Resultados Clínicos dos participantes (N=60)

Tabela 4 – Correlação de Spearman entre capacidade de decisão em saúde, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e desempenho cognitivo MoCA (N = 60)

Tabela 5 – Resultados da regressão linear múltipla (N = 60)

Lista de Acrónimos

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD-A	Atividades Instrumentais de Vida Diária Avançadas
AIVD-F	Atividades Instrumentais de Vida Diária Familiares
AVC	Acidente Vascular Cerebral
GAI	Geriatric Anxiety Inventory
GDS	Geriatric Depression Scale
IAC-Saúde	Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde
IAFAI	Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

A presente dissertação foi elaborada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior, sendo desenvolvida no âmbito do projeto “Avaliação da Capacidade de Tomada de Decisão em Cuidados de Saúde – Desenvolvimento e Validação do IACTD-CS”, aprovado pela Comissão Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2020-072).

Este estudo pretende analisar a relação entre a capacidade de decisão em saúde e a sintomatologia depressiva e ansiógena em adultos mais velhos, contribuindo assim para a compreensão e reflexão acerca implicações da sintomatologia psicopatológica no processo de tomada de decisão em saúde.

Com a finalidade de cumprir os objetivos propostos, a dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico, abordando o envelhecimento populacional e as suas implicações na saúde mental, o aumento das doenças e comorbilidade, bem como a necessidade de tomada de decisão em saúde. É igualmente discutida a influência da sintomatologia depressiva e ansiógena no processo de tomada de decisão em saúde. O segundo capítulo descreve os métodos utilizados, incluindo a caracterização da amostra, os instrumentos de avaliação aplicados, os procedimentos seguidos e a análise de dados efetuada. O terceiro capítulo apresenta os resultados obtidos, permitindo observar a forma como as variáveis estudadas se relacionam com a capacidade de decisão em saúde. O quarto capítulo é destinado à discussão dos resultados, estabelecendo a relação entre os resultados encontrados e a literatura existente. Por fim, o quinto capítulo aborda as principais limitações do estudo e suas implicações práticas para futuras investigações.

Espera-se que o desenvolvimento deste estudo contribua de forma significativa para a área da Psicologia, num tema pertinente e relevante, de crescente interesse e importância para a determinação da autonomia individual.

1. Envelhecimento da população e capacidade de decisão em relação aos cuidados de saúde

1.1. Envelhecimento e Implicações na Saúde Mental

Nas últimas décadas, registou-se uma redução significativa da taxa de mortalidade, acompanhada por uma diminuição das taxas de fertilidade e, conseqüentemente, da taxa de crescimento populacional (Fernandes et al., 2023). A queda da fecundidade constitui o principal determinante do envelhecimento demográfico, sendo este processo ainda reforçado pelo aumento da longevidade (Bloom et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2023), o envelhecimento da população mundial é uma tendência global observada nas últimas décadas. Em 2020, cerca de mil milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, e espera-se que esse número aumente significativamente, atingindo 1,4 mil milhões e 2,1 mil milhões de adultos até 2030 e 2050, respetivamente (OMS, 2023; Shafiee et al., 2024).

Em Portugal, o índice de envelhecimento é de aproximadamente 192,4 adultos mais velhos entre os 65 ou mais anos por cada 100 menores de 15 anos, colocando o país na segunda posição no ranking da União Europeia (INE, 2024). Prevê-se que, em 2050, Portugal se situe entre os cinco países mais envelhecidos do mundo, com estimativas a indicar que 34% da população terá 65 ou mais anos e 12% terá 80 ou mais anos (Bloom et al., 2015). Este cenário demográfico implicará que uma parte substancial, quase maioritária da população portuguesa seja constituída por indivíduos em idade avançada.

O envelhecimento está associado a um declínio progressivo da saúde física e cognitiva, bem como a um aumento do risco de perturbações mentais, nomeadamente sintomas depressivos (Cai et al. 2023). Paralelamente, a saúde mental nesta fase do ciclo vital pode ser negativamente influenciada por múltiplos fatores, como experiências prévias, perdas e lutos significativos, declínio funcional, necessidade de adaptação a novas situações contextuais e preconceito associado à idade (*ageism*), os quais podem contribuir para o desenvolvimento de sofrimento psicológico, incluindo depressão e ansiedade (OMS, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), cerca de 14% dos adultos com mais de 60 anos apresentam algum tipo de perturbação mental. Estudos recentes indicam que a prevalência global da depressão nesta faixa etária atinge 35,1%, abrangendo mais de um terço da população idosa em todo o mundo (Cai et al., 2023).

Paralelamente, a prevalência das perturbações neurodegenerativas tem aumentado nas últimas décadas e prevê-se que essa tendência persista, o que poderá comprometer de forma significativa a capacidade de tomada de decisão no âmbito da saúde (Amaral et al.,

2022). A doença de Alzheimer e outras demências, fortemente correlacionadas com o envelhecimento, são caracterizadas por comprometimento cognitivo e funcional progressivo, constituindo uma das principais causas de incapacidade, perda de autonomia e mortalidade no envelhecimento (Demalis, 2012; Gonzales et al., 2022). Tal como em diversas condições crônicas, o envelhecimento representa o maior fator de risco para o seu desenvolvimento. Após os 65 anos, a incidência de demência praticamente duplica a cada cinco anos, e, na nona década de vida, cerca de um em cada três adultos cumpre os critérios clínicos para demência (Gonzales et al., 2022). Importa ainda salientar que, mesmo entre os idosos que não desenvolvem demência ao longo da vida, observa-se declínio cognitivo associado ao envelhecimento (Gonzales et al., 2022).

1.2. Aumento de doenças – morbidades e comorbidades

Apesar dos avanços alcançados no aumento da longevidade, o desafio atual centra-se em proporcionar melhor qualidade de vida às populações envelhecidas, uma vez que o envelhecimento demográfico está inevitavelmente associado a múltiplos problemas de saúde (Bloom et al. 2015). A multimorbidade afeta a maioria dos adultos mais velhos, agravando o impacto do envelhecimento e aumentando a complexidade dos cuidados necessários (Bloom et al., 2015).

Estima-se que um quarto do peso mundial de doenças seja relativa a indivíduos com 60 ou mais anos, sendo que cerca de 70% desta carga se deve a doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas, patologias musculoesqueléticas e perturbações mentais e neurológicas, entre as quais se destacam a doença de Alzheimer e outras demências, altamente prevalentes nesta faixa etária (Bloom et al., 2015; Prince et al., 2015). Entre as principais causas de morte encontram-se a doença cardíaca isquémica, o acidente vascular cerebral (AVC), a doença pulmonar obstrutiva crónica e as demências, sendo estas últimas as que mais aumentaram nos últimos 16 anos, quase duplicando em relação a outras patologias e apresentando maior prevalência no sexo feminino (Mattiuzzi & Lippi, 2020).

Em Portugal, o padrão segue a mesma tendência, com destaque para a doença cardíaca isquémica, a COVID-19, o AVC, o cancro da traqueia, brônquios e pulmões, e as demências, incluindo a doença de Alzheimer, entre as principais causas de mortalidade (WHO, 2025). Com o aumento de doença crônicas, cresce também a necessidade de os adultos mais velhos tomarem múltiplas decisões em contexto de cuidados de saúde. A investigação sobre a tomada de decisão em adultos mais velhos torna-se, assim, de primordial importância, dado que estas escolhas são cada vez mais frequentes, desafiantes e com implicações sociais diretas (Biella et al., 2020).

1.3. Necessidade de Tomada de Decisão

A avaliação da capacidade de decisão constitui um elemento essencial na prestação de cuidados de saúde, especialmente quando os indivíduos não possuem condições para tomar decisões adequadas por si próprios (Boettger et al., 2016). O envelhecimento da população torna esta questão ainda mais iminente, uma vez que o aumento da idade está frequentemente associado ao declínio cognitivo, conduzindo a uma maior necessidade de avaliações formais da capacidade (Moye & Marson, 2013). Acresce que os adultos mais velhos com défice cognitivo tendem a adotar escolhas menos favoráveis e a apresentar um perfil de tomada de decisão mais disfuncional, quando comparados com indivíduos que não apresentam défice cognitivo, dado que este processo depende de múltiplas capacidades cognitivas, nomeadamente a memória semântica e episódica e o funcionamento executivo (Biella et al., 2020).

Diversos fatores influenciam a capacidade de decisão, incluindo perturbações psiquiátricas e condições médicas, que podem comprometer significativamente a autonomia do indivíduo (Boettger et al., 2016). Apesar de em Portugal os primeiros passos ainda estarem a ser dados no que respeita à avaliação da capacidade nos adultos mais velhos com perturbações neuropsiquiátricas, este processo tornou-se fundamental em alguns países, envolvendo não apenas os próprios doentes e as suas famílias, mas também profissionais de saúde, advogados e instituições judiciais (Moye & Marson, 2007).

Podem considerar-se oito domínios principais de capacidade com particular relevância em adultos mais velhos com doenças neuropsiquiátricas: consentimento nos cuidados de saúde, vida independente, gestão financeira, capacidade testamentária, condução automóvel, consentimento para investigação, consentimento sexual e voto (Amaral, 2023; Moye & Marson, 2007).

O presente estudo irá centrar-se especificamente no domínio da capacidade nos cuidados de saúde, entendida como um aspeto fundamental da autonomia pessoal. Esta refere-se à capacidade cognitiva e emocional da pessoa para escolher entre diferentes alternativas de tratamento, aceitar ou recusar uma intervenção proposta (Moye & Marson, 2007). Envolve, portanto, processos de tomada de decisão relacionados com exames complementares de diagnóstico, consentimento ou recusa de tratamentos, intervenções e outros procedimentos médicos, implicando funções cognitivas específicas (Amaral, 2023). A avaliação deste domínio de capacidade é de particular relevância no envelhecimento, uma vez que, como mencionado, este se encontra frequentemente associado à presença de multimorbilidades. A avaliação da capacidade constitui assim um processo necessário à proteção de pessoas em situação de incapacidade e promoção de autonomia em pessoas com capacidade preservada.

1.4. Sintomatologia depressiva e ansiógena na velhice

A prevalência de perturbações mentais em adultos mais velhos constitui um problema de saúde pública de relevância global. De acordo com a OMS (2023), aproximadamente 14% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam algum tipo de perturbação mental. Entre estas condições, a sintomatologia depressiva destaca-se como a mais frequente, com uma prevalência global estimada em 35,1% nesta faixa etária (Cai et al., 2023).

A sintomatologia depressiva, embora não seja um aspeto normativo do envelhecimento, muitas das vezes permanece por diagnosticar ou tratar (Gomes da Rocha et al., 2024). Entre os impactos negativos destacam-se a deterioração da saúde física e comprometimento da execução das atividades de vida diária (Cai et al., 2023). A nível clínico os efeitos adversos podem incluir a dependência funcional, aumento do risco de quedas, fraturas, desnutrição, agravamento das doenças crónicas, maior suscetibilidade a perturbações neurocognitivas, maior sobrecarga para os cuidadores informais, profissionais de saúde e sistemas de saúde, e morte prematura (Gomes da Rocha et al., 2025).

Paralelamente, as perturbações de ansiedade representam uma das categorias diagnósticas mais comuns a nível mundial. São caracterizadas por medo e ansiedade excessivos e persistentes, acompanhados de comportamentos de evitamento e, em alguns casos, de ataques de pânico (APA, 2022; Shafiee et al., 2024). Nos adultos mais velhos, a ansiedade associa-se a consequências adversas relevantes, incluindo aumento da incapacidade funcional, défices cognitivos, particularmente ao nível da memória, e pior prognóstico de condições médicas, como depressão e doenças cardiovasculares (Shafiee et al., 2024). Adicionalmente, verifica-se maior frequência de utilização dos serviços de saúde nestes indivíduos (Shafiee et al., 2024).

As estimativas de prevalência de ansiedade na velhice variam entre 1,2% e 14,2%, em função de diferenças metodológicas relacionadas com procedimentos de amostragem, critérios diagnósticos e definição da faixa etária considerada (Ribeiro et al., 2015). Contudo, estudos recentes indicam uma prevalência global da ansiedade em adultos mais velhos é de 28%, sugerindo que aproximadamente um em cada quatro indivíduo nesta faixa etária poderá experienciar sintomas clinicamente significativos de ansiedade (Shafiee et al., 2024).

A sintomatologia depressiva e ansiosa poderá estar relacionada com a capacidade de tomada de decisão, representando um fator adicional de vulnerabilidade para a autonomia funcional e qualidade de vida na velhice. No entanto, existem poucos estudos na literatura

sobre a avaliação do processo de tomada de decisão em indivíduos com perturbações mentais, especialmente em adultos mais velhos (Siqueira et al., 2021).

2. Tomada de Decisão em Saúde e Sintomatologia Depressiva e Ansiógena

2.1 Tomada de Decisão: Modelos e perspectivas

Em termos teóricos, os termos capacidade e competência têm sido utilizados de forma intercambiável. Tradicionalmente, considerava-se capacidade como uma avaliação clínica das competências de decisão da pessoa e competência como uma determinação legal ou judicial do estatuto jurídico do indivíduo (Demakis, 2012). Atualmente, porém, esta distinção tem-se diluído, sendo o termo “capacidade” cada vez mais utilizado no âmbito jurídico, nomeadamente em processos relacionados com a tutela de adultos (Moye et al., 2013). De forma geral, a capacidade pode ser entendida como uma condição mínima para que o indivíduo mantenha a autoridade de tomar decisões por si próprio (Appelbaum & Gutheil, 1991).

A conceptualização da capacidade de decisão em saúde varia no âmbito do enquadramento clínico e jurídico. Do ponto de vista clínico, esta é frequentemente entendida como um modelo gradual, segundo o qual o nível de competência pode variar. Assim, um indivíduo pode manter capacidade para consentir em procedimentos de menor complexidade, mas não possuir competência para decisões de maior risco (Boettger et al., 2016). Já no contexto legal, a capacidade tende a ser avaliada de forma dicotómica, ou seja, considera-se que a pessoa tem ou não competência para decidir. Apesar do modelo gradual refletir melhor a realidade clínica, a sua aplicação em contextos jurídicos levanta desafios, dada a necessidade de julgamentos objetivos e definitivos (Amaral et al., 2022a).

Considerando-se a perspectiva clínica, a capacidade de decisão em saúde deve ser compreendida como dependente do contexto, do propósito e do momento em que a decisão ocorre (Sangroula et al., 2020). Um indivíduo pode ser competente para determinadas escolhas, mas não para outras, sendo que essa competência pode variar ao longo do tempo ou ser temporariamente comprometida por condições médicas agudas e reversíveis (Sangroula et al., 2020).

O conceito de capacidade de decisão encontra-se intrinsecamente relacionado com o consentimento informado, cujo propósito é assegurar a proteção e promoção da autonomia dos indivíduos no âmbito dos cuidados de saúde (Boettger et al., 2016; Osuji, 2017). Para que a prática clínica respeite a autonomia individual, os profissionais de saúde devem obter o consentimento informado dos seus pacientes, de forma a garantir a ética e o

reconhecimento do direito das pessoas de decidirem sobre o seu próprio corpo (Amaral et al., 2022).

A prática do consentimento informado assenta em três pilares fundamentais: (1) a disponibilização de informação adequada relativamente à condição clínica e alternativas de tratamento; (2) a liberdade de escolha, isenta de coerção; e (3) a capacidade do indivíduo para decidir (Amaral, 2023). Assim, a avaliação do consentimento informado implica verificar se o utente recebeu a informação necessária e teve oportunidade de esclarecer dúvidas, assegurar-se de que a decisão foi tomada de forma voluntária e, por fim, avaliar se o sujeito possui capacidade para deliberar e tomar decisões (Amaral, 2023).

2.2. Avaliação da capacidade de tomada de decisão em saúde

A avaliação da capacidade de decisão em saúde em adultos mais velhos é um processo complexo, que envolve a análise de variáveis psicológicas e fatores contextuais (Amaral et al., 2022b). Existem situações em que a avaliação se torna ainda mais complexa, nomeadamente, em casos de défice cognitivo ligeiro, demência ou outras circunstâncias associadas à presença de comprometimento cognitivo (Amaral et al., 2022b).

No sentido de oferecer estruturas mais detalhadas e práticas para a avaliação da capacidade, a *American Psychological Association* e a *American Bar Association* (APA-ABA) desenvolveram manuais destinados a psicólogos, advogados e juizes, com orientações e recomendações específicas para a avaliação de competência, especialmente em populações idosas (Demakis, 2012). Entre as contribuições mais relevantes destes manuais destaca-se a identificação de seis pilares fundamentais para a avaliação da capacidade: condição médica, cognição, funcionamento diário, valores e preferências, risco e nível de supervisão, bem como meios para aumentar a capacidade (Demakis, 2012).

Neste contexto, psicólogos clínicos e neuropsicólogos assumem um papel relevante, sobretudo quando estão em causa questões cognitivas. Estes profissionais podem auxiliar juizes e outros decisores judiciais, fornecendo contributos técnicos e objetivos acerca dos pilares em análise (Demakis, 2012).

Normalmente, uma entrevista clínica isolada não é suficiente para avaliar a capacidade de decisão. São recomendadas avaliações psicológicas, funcionais e/ou neuropsicológicas, complementadas por revisões de registos médicos e entrevistas colaterais, de forma a obter uma apreciação abrangente da capacidade do indivíduo (Demakis, 2012).

Grisso & Appelbaum (1998) propuseram um modelo de quatro aptidões fundamentais para a avaliação da capacidade de tomada de decisão em saúde, segundo o qual a tomada de decisão assenta nas aptidões de compreensão, avaliação, raciocínio e expressão de uma escolha. A compreensão diz respeito à capacidade de apreender a

informação transmitida sobre a condição clínica, incluindo o diagnóstico, prognóstico, tratamento proposto, alternativas disponíveis, bem como os respectivos riscos e benefícios (Amaral et al., 2022a). Importa salientar que o avaliador deve certificar-se de que o sujeito não repete apenas a informação fornecida, mas demonstra uma compreensão efetiva do seu conteúdo (Palmer & Harmell, 2016). A avaliação refere-se à capacidade de relacionar a informação recebida com a própria situação clínica (Amaral et al., 2022a). O raciocínio corresponde à capacidade de manipular a informação e ponderar de forma lógica os riscos e benefícios de cada opção de tratamento, permitindo ao indivíduo tomar uma decisão fundamentada (Amaral et al., 2022a; Palmer & Harmell, 2016). Por último, a expressão de uma escolha envolve a capacidade de comunicar de forma clara e consistente a decisão tomada (Amaral et al., 2022a).

Para que um indivíduo seja considerado capaz de tomar decisões em saúde, é necessário que as quatro componentes estejam presentes (Palmer & Harmell, 2016). A ausência de competência suficiente em qualquer uma destas dimensões pode comprometer a autonomia do indivíduo, conduzindo à sua consideração como incapaz de tomar decisões relativas ao tratamento (Hindmarch et al., 2013). O modelo das quatro aptidões constitui, assim, um quadro estruturado que permite basear a avaliação da capacidade de decisão, com aplicabilidade tanto em contextos clínicos como jurídicos (Hindmarch et al., 2013).

Embora não esteja formalmente incluído, o estado emocional é apontado como uma variável relevante na avaliação da capacidade, dado que sintomas depressivos podem comprometer negativamente a tomada de decisão (Amaral et al., 2022b; Hindmarch et al., 2013).

2.3. Relação entre sintomatologia depressiva e ansiógena e processo de tomada de decisão em saúde

A tomada de decisão é considerada eficaz quando o pensamento racional orienta a escolha e a implementação de opções que resultam no maior benefício possível (Leykin et al., 2011). Este processo envolve a capacidade de avaliar alternativas de forma relativamente isenta de enviesamentos e de ponderar adequadamente as consequências associadas (Leykin et al., 2011). Portanto, segundo, Leykin et al. (2011), uma boa decisão é aquela que apresenta mais utilidade ao longo da vida, proporcionando maior benefício para o indivíduo.

Contudo, importa sublinhar que a tomada de decisão não parece depender exclusivamente de processos cognitivos, mas resulta da interação entre fatores cognitivos, emocionais e motivacionais. O estado de ânimo, em particular a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, constitui um dos aspetos que pode comprometer significativamente

este processo, influenciando a forma como as alternativas são avaliadas (Hartley, 2012; Leykin et al., 2011; Siqueira et al., 2022).

As perturbações depressivas e ansiosas apresentam elevada comorbilidade, embora sejam distintas em termos de apresentação de sintomatologia, ambas estão associadas a dificuldades significativas na tomada de decisão (Biella et al., 2020; Bishop & Gagné, 2018). Estas dificuldades assumem especial relevância no contexto clínico, na medida em que pode afetar a capacidade dos indivíduos de tomarem decisões autónomas e informadas acerca do seu próprio tratamento (Hindmarch et al., 2013). No caso específico da sintomatologia depressiva, as dificuldades de tomada de decisão são consideradas um sintoma central, embora a sua caracterização permaneça em desenvolvimento (Leykin et al., 2011).

De acordo com Hindmarch et al. (2013), a depressão pode prejudicar a tomada de decisão sobretudo através da limitação da aptidão avaliação, ou seja, da capacidade de reconhecer e valorizar as consequências de diferentes opções, prejudicando também, ainda que em menor grau, a compreensão e o raciocínio.

Estudos empíricos conduzidos por Leykin et al. (2011), demonstraram que indivíduos com sintomas depressivos mais elevados tendem a tomar decisões menos produtivas e menos alinhadas com os seus interesses. Esses indivíduos procuram menos informação, utilizam menos recursos disponíveis e mostram-se menos propensos a resolver ambiguidades (Leykin et al., 2011). Na mesma linha, os autores verificaram ainda que, mesmo quando disponibilizadas ferramentas comuns de apoio à decisão, os participantes com sintomatologia depressiva apresentaram piores resultados, sugerindo dificuldades na aplicação de estratégias de tomada de decisão eficazes (Leykin et al., 2011). Além disso, foi levantada a hipótese de que o desejo de evitar circunstâncias geradoras de ansiedade poderia levar à rejeição de decisões potencialmente arriscadas ou ambiciosas (Leykin et al., 2011).

A tríade cognitiva da depressão (Beck, 1967, 1976), pode ajudar a compreender o impacto da depressão na tomada de decisão. Na sua teoria, Beck descreve três crenças centrais presentes na depressão: a visão negativa de si mesmo, dos outros e do futuro (Tsolakis, 2025). Estas crenças conduzem o indivíduo a interpretar a realidade de forma enviesada, subestimando as próprias capacidades, percecionando o ambiente como hostil e antecipando o futuro de forma pessimista (Beck & Bredemeier, 2016).

Em contraste, indivíduos sem sintomatologia depressiva tendem a apresentar um viés positivo ao processar informação, prestando mais atenção a estímulos favoráveis e recordando mais facilmente experiências prévias (Beck & Bredemeier, 2016). Esse viés tem várias consequências adaptativas, como a sobrestimação da probabilidade de sucesso em determinadas iniciativas, o que pode motivar maior esforço e, conseqüentemente, aumentar a probabilidade de resultados positivos (Beck & Bredemeier, 2016). Até mesmo percepções

ligeiramente negativas, como sentimentos de tristeza ou frustração, podem ter um valor adaptativo ao promover uma reflexão crítica sobre as dificuldades e ao encorajar a adoção de novas estratégias (Beck & Bredemeier, 2016).

Nesse sentido, a ausência desse viés positivo e a prevalência da tríade cognitiva negativa em indivíduos com sintomatologia depressiva não só comprometem o bem-estar emocional, mas também reduzem a capacidade de apreciação necessária para uma tomada de decisão adequada, reforçando a importância de avaliações éticas, clínicas e metodologicamente fiáveis da capacidade de decisão (Hindmarch et al., 2013).

As alterações na tomada de decisão em indivíduos com sintomatologia depressiva e ansiógena também parecem estar associadas a modificações na avaliação subjetiva de resultados recompensadores e aversivos (Bishop & Gagné, 2018). Estudos centrados na sensibilidade à ameaça e à recompensa sugerem que estas condições afetam a forma como os indivíduos processam ganhos e perdas. Em particular, as alterações na sensibilidade à recompensa têm sido mais estudadas na depressão do que na ansiedade (Bishop & Gagné, 2018).

Relativamente às decisões quotidianas de indivíduos com perturbações de ansiedade, frequentemente orientadas para o evitamento de ameaças percebidas, podem comprometer de forma significativa a sua capacidade de funcionamento adaptativo (Hartley, 2012). Contudo, o conhecimento sobre a forma como a ansiedade influencia variáveis específicas no processo de tomada de decisão permanece limitado, uma vez que a literatura disponível que aborda diretamente este tema ainda é escassa (Hartley, 2012).

Realça-se que, de acordo com a revisão da literatura efetuada, a forma como a sintomatologia depressiva e ansiógena afeta o processo de tomada de decisão em adultos mais velhos permanece pouco clara. Importa salientar que tanto o nível de gravidade da perturbação como as características da população influenciam significativamente a extensão do impacto no que concerne à capacidade de tomada de decisão (Hindmarch et al., 2013).

3. Objetivos do Estudo

O presente estudo tem como objetivos: 1) Avaliar a capacidade de tomada de decisão em saúde, estado cognitivo, a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiógena nos participantes e 2) Analisar a relação entre capacidade de tomada de decisão em saúde, e sintomatologia depressiva e ansiógena; 3) Analisar a relação entre funcionamento cognitivo com a capacidade de tomada de decisão e 4) Explorar preditores psicossociais da capacidade de decisão em saúde.

4. Métodos

4.1. Participantes

Participaram neste estudo 60 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo, a média de idade de 71.17 anos (DP = 5.96). A maioria dos participantes (n = 45, 75%), pertenciam ao sexo feminino, possuía o ensino secundário (n = 19, 31.7%) e encontrava-se casada (n = 39, 65%). Relativamente ao local de residência, a maioria vivia em áreas predominantemente urbanas (n = 38, 63.3%). Quanto à situação profissional, grande parte dos participantes encontrava-se reformada 86.7% (n = 52). A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos participantes (N = 60)

		n	%
Género	Masculino	15	25
	Feminino	45	75
Idade Média (sd)		60	71.17 (5.96)
Escolaridade	1º ciclo	10	16.7
	2º ciclo	7	11.7
	3º ciclo	12	20
	Ensino Secundário	19	31.7
	Ensino Superior	12	20
Estado Civil	Solteiro	2	3.3
	Casado	39	65
	Viúvo	13	21.7
	União de Facto	1	1.7
	Divorciado	5	8.3
Residência	Área predominantemente urbana	38	63.3
	Área mediamente urbana	15	25
	Área predominantemente rural	7	11.7

Profissão	Reformado	52	86.7
	Trabalhador/a por conta própria	3	5
	Trabalhador/a por conta de outrem	3	5
	Desempregado	2	3.3

A Tabela 2 apresenta a caracterização clínica dos participantes. No IAFAI, os participantes apresentaram, nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), uma média de 1.24% de incapacidade (DP = 2.17), variando entre os 0 e 10%. Nas Atividades Instrumentais de Vida Diária – Familiares (AIVD-F), a média do índice de incapacidade foi de .41% (DP = 1.28), com mínimos de 0 e máximos de 6%; e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária – Avançadas (AIVD-A), a média foi de .07% (DP = .36), com valores entre 0 e 2%. A média de Incapacidade Funcional Global foi de 1.71% (DP = 2.75). No que se refere à história clínica, a patologia mais prevalente foi a hipertensão (n = 15, 25%).

Tabela 2

Caracterização Clínica dos Participantes (N=60)

Variável	Média (DP)	Mínimo	Máximo
ABVD	.62 (1.08)	0	5
AIVD-F	.20 (.63)	0	3
AIVD-A	.03 (.18)	0	1
História Clínica	Lombalgia	6	10
	Artroses	12	20
	Hipertensão	15	25
	Dores Cervicais	5	8.3
	Diabetes	5	8.3
	Outros	7	11.7
	NA	10	16.7

4.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados quatro instrumentos de avaliação, com o objetivo de avaliar diferentes dimensões da funcionalidade, desempenho cognitivo e saúde mental dos participantes.

4.2.1. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; Simões et al., 2008; versão portuguesa: Freitas et al., 2011) é um instrumento de avaliação breve para rastreio de défice cognitivo, com pontuação máxima de 30 pontos e avalia oito domínios cognitivos (Freitas et al., 2011; Freitas et al., 2012). Os domínios avaliados são os seguintes: 1) funções executivas; 2) capacidade visuoespacial; 3) memória de curto-prazo; 4) linguagem; 5) atenção 6) concentração; 7) memória de trabalho; 8) orientação temporal e espacial (Nasreddine et al., 2005). O instrumento encontra-se adaptado para a população portuguesa, tendo disponíveis dados normativos de acordo com a idade e escolaridade (Gonçalves et al., 2023).

4.2.2. Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde)

O IAC-Saúde (Amaral et al., 2021) tem como objetivo avaliar a capacidade de decisão nos cuidados de saúde, isto é, a aptidão para consentir, recusar ou participar na escolha dos cuidados de saúde (Amaral, 2023). O instrumento é constituído por uma vinheta (versão feminina e versão masculina), que apresenta uma situação hipotética de um caso clínico com artrose no joelho, seguida de uma entrevista estruturada de avaliação da capacidade de decisão, sendo que no final é pedido que se tome uma decisão no âmbito da saúde em relação ao problema apresentado (Amaral, 2023). A entrevista de avaliação de capacidade é composta por 19 itens, que visam a avaliação das quatro aptidões: 1) Compreensão da informação disponibilizada no momento; 2) Avaliação e reconhecimento da sua situação de saúde; 3) Raciocínio implicado na comparação de diferentes alternativas de comportamento; e 4) Expressão de uma escolha de tratamento (Amaral, 2023). A cotação das respostas varia entre 0 e 2 pontos, sendo que 0 pontos atribui-se a respostas incorretas ou ilógicas, ou à ausência de resposta, 1 ponto a respostas lógicas, mas incompleta e 2 pontos a respostas lógicas e completas (Amaral, 2023).

4.2.3. Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)

O Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; Sousa et al., 2013), é um questionário em formato de entrevista estruturada que pode ser aplicada a adultos e/ou idosos e informantes ou cuidadores e inclui 50 itens que avaliam o grau de funcionalidade da pessoa em diferentes atividades: atividades básicas de vida diária (ABVD), as atividades instrumentais de vida diária familiares (AIVD-F) e atividades instrumentais de vida diária avançadas (AIVD-A) (Sousa et al., 2013). Tem como objetivo

principal a avaliação das aptidões funcionais de adultos e idosos na execução de atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (Sousa et al., 2017). Este instrumento foi criado para a população portuguesa, tendo disponíveis dados normativos de acordo com a idade e escolaridade (Sousa et al., 2013).

4.2.4. Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

O *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI; Pachana et al., 2007; versão portuguesa: Ribeiro et al., 2011) é um instrumento de avaliação da ansiedade-estado em adultos mais velhos (Pachana et al., 2007). A versão portuguesa do GAI, composta por 20 itens, tem adaptações linguísticas e transculturais, sobretudo nas questões somáticas (Ribeiro et al., 2011). Durante o processo de adaptação transcultural, foram introduzidas alterações sobretudo nas questões de natureza somática, garantindo maior adequação ao contexto linguístico e cultural português (Ribeiro et al., 2011). O ponto de corte tem um valor de 10/11, com uma sensibilidade de .900 e especificidade de .859 (Ribeiro et al., 2011).

4.2.5. Geriatric Depression Scale (GDS)

A Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*; Yesavage et al., 1983; versão portuguesa Simões & Firmino, 2013) é uma escala de avaliação da sintomatologia depressiva específica para adultos mais velhos bastante utilizada e de fácil administração (Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1983). No desenvolvimento do instrumento foram considerados três aspetos fundamentais para a avaliação da população mais velha: formato de autorrelato, formato de resposta fácil (sim/não) e envolvimento de profissionais na área da geriatria (Simões et al., 2017). A versão original da GDS é composta por 30 itens (Yesavage et al., 1983), que dizem respeito a atributos da depressão nos adultos mais velhos nos domínios afetivos e cognitivos (Simões et al., 2015). A interpretação das pontuações obtidas na GDS-30 são as seguintes: até 10 pontos – sintomatologia “normal” ou sem significado clínico; entre 11 e 20 pontos – sintomatologia depressiva “ligeira”; e superior a 20 pontos – sintomatologia depressiva “grave” (Simões et al., 2017).

4.2.6. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi realizado com intuito de recolher dados sociodemográficos como o género, idade, escolaridade, estado civil, residência e profissão. Foram ainda incluídos itens para a pessoa assinalar se tem algumas das cinco doenças crónicas mais prevalentes em Portugal, segundo Santos et al., (2022).

4.3. Procedimentos

Este estudo enquadra-se no projeto “Avaliação da Capacidade de Tomada de Decisão em Cuidados de Saúde – Desenvolvimento e Validação do IACTD-CS”, aprovado pela Comissão Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2020-072).

A divulgação do estudo iniciou-se com a elaboração de um cartaz informativo, disponibilizado à comunidade através das redes sociais e através de um *link Microsoft forms*. Adicionalmente, estabeleceu-se contacto formal com diversas entidades que mantinham ligação direta com a população-alvo, de forma a ampliar a divulgação e convidar potenciais participantes.

Os indivíduos que manifestaram interesse receberam informação detalhada sobre os objetivos, procedimentos e implicações da investigação. Após o esclarecimento de dúvidas, foi obtido o consentimento informado por escrito, em conformidade com os princípios éticos de voluntariedade, confidencialidade e anonimato. Foram recrutados outros adultos mais velhos além dos participantes obtidos através das entidades inicialmente contactadas. Aplicação dos instrumentos foi realizada por quatro entrevistadoras, com entrevistas de duração média de 45 minutos.

Os critérios de inclusão definidos foram: idade igual ou superior a 60 anos, ser alfabetizado, ter a língua materna portuguesa, residir na comunidade e ausência de défice cognitivo segundo os critérios do MoCA. Foram realizadas 74 entrevistas, das quais 14 participantes foram excluídos por apresentarem declínio cognitivo, resultando numa amostra final de 60 indivíduos.

4.4 Análise de Dados

A Análise de dados foi efetuada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 30. Inicialmente, procedeu-se à criação da base de dados, incluindo os 60 participantes que cumpriam os critérios necessários de inclusão e exclusão no estudo.

Realizou-se a estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências e percentagens) para a análise das características sociodemográficas da amostra e da caracterização dos níveis de sintomatologia depressiva e ansiógena da amostra.

A normalidade das variáveis contínuas foi testada através do teste Kolmogorov-Smirnov, segundo o qual, de acordo com os resultados obtidos ($p < .05$), as variáveis em estudo desviam-se significativamente da distribuição normal. Deste modo, optou-se pela utilização de testes não paramétricos (teste de Spearman) para a realização das correlações entre a capacidade de decisão em saúde (IAC-Saúde), a sintomatologia depressiva (GDS), a sintomatologia ansiógena (GAI) e o desempenho cognitivo (MoCA). A correlação de Spearman é uma alternativa não paramétrica à correlação de Pearson e é usada para

calcular a força da relação entre duas variáveis contínuas (Pallant, 2007). Os valores dos coeficientes variam entre 0 e -1 e é possível analisar a magnitude da associação, sendo os valores abaixo de 0.19 são indicativos de uma correlação muito baixa, valores entre 0.20 e 0.30 de uma correlação baixa, entre 0.40 e 0.69 uma correlação moderada, entre 0.70 e 0.89 correlação elevada e, por fim, uma correlação muito elevada assume valores superiores a 0.89 (Poeschl, 2006).

Por último foi efetuada uma regressão linear múltipla com o objetivo de testar o poder preditivo de um conjunto de variáveis independentes numa variável dependente contínua (Pallant, 2007). Neste caso, o objetivo é avaliar o grau preditivo das variáveis independentes (Escolaridade; GAI; GDS; MoCA) na variável dependente (IAC-Saúde). A seleção das variáveis a incluir no modelo de regressão linear baseou-se na revisão teórica efetuada. Para todos os procedimentos, estabeleceu-se um *p-value* < .05 para considerar o resultado como estatisticamente significativo. Considerando a variável Escolaridade com as categorias 1 a 4 anos; 5 a 6 anos; 7 a 9 anos; 10 a 12 anos; e 13 anos ou mais, foram criadas as variáveis *dummy* ensino Básico, Secundário e Superior.

5. Resultados

Os resultados obtidos pelos participantes nos instrumentos de avaliação (Tabela 3), revelaram uma média de 27.10 (DP =4.16) na capacidade de decisão em saúde, com valores entre 15 e 30. Relativamente à sintomatologia depressiva, a média foi de 5.47 (DP = 5.16), variando entre 0 e 24. No que concerne à sintomatologia ansiógena, a média observada foi de 5.37 (DP = 5.77), com valores compreendidos entre 0 e 20. Quanto ao desempenho cognitivo, a média obtida foi de 23.65 (DP = 2.84), situando-se no intervalo de 17 a 30.

Tabela 3

Resultados Clínicos dos participantes (N=60)

Variável	Média (DP)	Mínimo	Máximo
IAC-Saúde	27.10 (4.16)	15	30
MoCA	23.65 (2.84)	17	30
GAI	5.37 (5.77)	0	20
GDS	5.47 (5.16)	0	24

Foi analisada a relação entre a capacidade de tomada de decisão em saúde, a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiógena. Os resultados das correlações de

Spearman (Tabela 4) indicaram que a capacidade de decisão em saúde não apresenta correlações estatisticamente significativas com a sintomatologia depressiva ($r_s = -.076, p = .565$), nem com a sintomatologia ansiógena ($r_s = -.007, p = .958$). Contudo, verificou-se uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa entre a capacidade de decisão em saúde e o desempenho cognitivo ($r_s = .480, p < .001$), que indica que níveis mais elevados de cognição estão associados a uma maior capacidade de tomada de decisão. Observou-se ainda uma correlação estatisticamente significativa, positiva e elevada entre a sintomatologia depressiva e ansiógena ($r_s = .730, p < .001$), o que indica que participantes com níveis mais elevados de depressão tendem também apresentar níveis mais elevados de ansiedade. Não foram encontradas correlações significativas entre o desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva ($r_s = -.108, p = .410$), nem entre o desempenho cognitivo e a sintomatologia ansiógena ($r_s = -.095, p = .468$).

Tabela 4

Correlação de Spearman entre capacidade de decisão em saúde, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e desempenho cognitivo MoCA (N = 60)

	IAC-Saúde	GDS	GAI	MoCA
IAC-Saúde	1.00			
GDS	-.076	1.00		
GAI	-.007	.730**	1.00	
MoCA	.480**	-.108	-.095	1.00

** $p < .001$

Relativamente à regressão linear múltipla, com o objetivo de examinar os preditores da capacidade de decisão em saúde (Tabela 5), foram inseridas no modelo de regressão as variáveis idade, escolaridade, desempenho cognitivo, sintomatologia depressiva e ansiógena. O modelo foi estatisticamente significativo ($F(7,52) = 6.053, p < .001$), explicando 44.9% da variância ($R^2 = .449$). Das variáveis consideradas, as que revelaram ser preditores significativos da capacidade de decisão foram a sintomatologia depressiva ($\beta = -.411, p = .040$) e a idade ($\beta = -.49, p < .001$). Estes resultados sugerem que quanto maior for a idade e maior for a presença de sintomatologia depressiva, menor será a capacidade de decisão. Nenhum dos restantes preditores (ansiedade, desempenho cognitivo e escolaridade) apresentou contribuição significativa para o modelo.

Tabela 5*Resultados da regressão linear múltipla (N = 60)*

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>P</i>
GDS	-.331	.157	-.411*	.040
GAI	.115	.140	.159	.415
Idade	.342	.082	-.490**	< .001
MoCA	.177	.182	.121	.336
Escolaridade				
Primária vs. 3 ^o ciclo	-.984	1.329	-.095	.462
Primária vs. Ensino Secundário	.271	1.242	.031	.828
Primária vs. Ensino Superior	1.795	1.370	.174	.196

 $R^2 = .449$ ($p < .001$)

6. Discussão de Resultados

O objetivo do presente estudo foi analisar a relação entre a capacidade de tomada de decisão em saúde e a sintomatologia depressiva e ansiógena, desempenho cognitivo e variáveis sociodemográficas em adultos com 60 ou mais anos. Os resultados mostram que a capacidade de decisão em saúde apresentou correlação significativa com desempenho cognitivo e não apresentou correlação estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva nem com a sintomatologia ansiosa. Constatou-se uma forte correlação positiva entre a sintomatologia depressiva e ansiosa. Os resultados da regressão linear múltipla evidenciam que, quando consideradas em conjunto, as variáveis idade, escolaridade, desempenho cognitivo, sintomatologia depressiva e ansiógena explicam 44,9% da variância da capacidade de decisão em saúde. Este valor de R representa quase metade da variabilidade explicada, o que sugere que estes fatores exercem um impacto substancial sobre a tomada de decisão, confirmando a natureza multifatorial e complexa deste processo.

A relação encontrada entre a capacidade de decisão em saúde e o desempenho cognitivo avaliado corrobora estudos anteriores (e.g. Boettger et al., 2016), que apontam para a importância das funções cognitivas no processo de tomada de decisão (Del Missier et al., 2012). Os adultos mais velhos com défice cognitivo tendem a apresentar mais dificuldades ao nível dos processos de decisão quando comparados com indivíduos sem défice cognitivo (Biella et al., 2020; Siqueira et al., 2022). De facto, a tomada de decisão no global e em saúde, implica diferentes processos cognitivos como a memória de trabalho, a atenção, e o raciocínio. Essas funções podem encontrar-se deterioradas, tornando o

processo de decisão menos eficaz. Assim, o estado cognitivo e a capacidade de decisão estão intrinsecamente relacionados, sendo a avaliação e a estimulação cognitiva elementos fundamentais para a promoção de uma tomada de decisão mais autónoma e informada.

A ausência de associação significativa entre capacidade de decisão em saúde e a sintomatologia depressiva e ansiógena não era expectável, uma vez que alguns estudos indicam que o humor e os estados emocionais podem afetar a capacidade de decisão. Especificamente, é apontado pela literatura que os sintomas depressivos podem afetar a apreciação (Hindmarch et al., 2013), e também estar correlacionados com défices cognitivos ao ter impacto na compreensão, apreciação e o raciocínio (Hindmarch et al., 2013; Sullivan & Youngner, 1994). No entanto, é possível que no presente estudo os níveis médios de sintomatologia depressiva e ansiógena não tenham atingido uma intensidade suficiente para comprometer de forma mensurável a capacidade de decisão, ou ainda que a influência destes sintomas seja, indiretamente, mediada pelo desempenho cognitivo.

Um resultado consistente neste estudo foi a elevada correlação positiva entre sintomatologia depressiva e ansiosa, apoiando a elevada comorbilidade clínica descrita na literatura (Beekman et al., 2000; Lenze et al., 2001; Saha et al., 2021). Este resultado reforça importância de uma abordagem clínica integrada de compreensão e intervenção clínica, considerando as frequentes comorbilidades, uma vez que indivíduos que apresentam níveis mais elevados de depressão tendem também a manifestar sintomas significativos de ansiedade.

Neste estudo, a idade revelou-se como um preditor negativo e significativo da capacidade de decisão em saúde, apoiando que o envelhecimento pode estar associado a um declínio neste domínio. Este resultado poderá estar relacionado com o envelhecimento normativo de determinadas funções cognitivas fundamentais para a tomada de decisão, nomeadamente a memória de trabalho, fluência verbal, a atenção, velocidade de processamento e as funções executivas, que tendem a apresentar uma redução de funcionamento com a idade (Brand & Schiebener, 2013; Harada et al., 2013; Rosi et al., 2019). Para além das alterações cognitivas, é relevante considerar outras perdas frequentemente associadas ao envelhecimento, como a diminuição da independência funcional e da perda de mobilidade, que podem fazer com que o indivíduo seja menos estimulado e que exercite menos as suas competências cognitivas e de decisão (Zhao et al., 2014), o que poderá contribuir para se explicar a redução observada. No entanto, o envelhecimento cognitivo saudável pode ser favorecido através do envolvimento em atividades, aliada ao desenvolvimento da reserva cognitiva e à estimulação cognitiva, uma vez que o exercício de funções se torna crescentemente importante com o aumento da idade (Harada et al., 2013).

Por outro lado, a escolaridade, incluída como variável de controlo no modelo de regressão, não apresentou associações significativas, nem nas correlações nem na análise de regressão. Este resultado contrasta parcialmente com a literatura, que aponta que níveis mais elevados de escolaridade se associam a melhores desempenhos cognitivos na velhice (Fletcher et al., 2021) e a um atraso no ponto em que o declínio, por causas patológicas, se torna evidente (Clouston et al., 2015). Embora o presente estudo não tenha examinado diretamente a relação entre escolaridade e cognição, é possível que mecanismos de reserva cognitiva relacionados à escolaridade influenciem também a capacidade de tomada de decisão. Nesta linha, no estudo de James et al. (2012) observaram que os adultos mais velhos que vivem em comunidade, sem demência e com níveis mais elevados de literacia em saúde e financeira apresentavam uma melhor tomada de decisão, o que sugere que melhores nível de literacia podem facilitar uma melhor tomada de decisão e conseqüentemente melhor saúde e qualidade de vida na velhice. A ausência de efeito da escolaridade observada neste estudo poderá dever-se à homogeneidade da amostra, uma vez que a maioria dos participantes (n = 31, 51,7%) possui escolaridade correspondente ao 12^o ano ou ensino superior, limitando a variabilidade necessária para identificar associações significativas.

A capacidade de tomada de decisão em saúde pode ser mediada exclusivamente por variáveis cognitivas, ou podemos considerar também o papel do estado de ânimo do indivíduo. Embora neste estudo as correlações não tenham evidenciado associação significativa entre sintomatologia depressiva e capacidade de decisão, considerando a revisão teórica efetuada e evidência de que a sintomatologia psicopatológica pode afetar a capacidade de decisão, optou-se por inserir estas variáveis no modelo de regressão. Os resultados obtidos indicaram que a depressão é um preditor negativo significativo. Isto sugere que, possivelmente, quando controlados os efeitos de outras variáveis, os sintomas depressivos assumem um papel relevante na diminuição da capacidade de decisão. Teoricamente, este efeito pode ser parcialmente explicado com base na tríade cognitiva da depressão (Beck, 1967, 1976), em que pensamentos negativos relativamente a si próprios e em relação ao futuro podem levar a avaliações pessimistas das opções disponíveis, resultando em escolhas menos vantajosas ou mais conservadoras. Além disso, estes resultados corroboram estudos prévios (e.g. Leykin et al., 2011), que apontam que a depressão pode comprometer a motivação, reduzir a procura de informação relevante e levar a estratégias menos adaptativas, resultando em escolhas de menor qualidade.

Contudo, os resultados não revelaram associação significativa entre a sintomatologia ansiógena e a capacidade de decisão, nem nas correlações nem no modelo de regressão. Apesar de alguns estudos sugerirem que a ansiedade pode levar a que indivíduos com sintomatologia depressiva evitem decisões arriscadas ou ambiciosas

(Leykin et al., 2011), a ausência de relação no presente estudo pode dever-se à intensidade reduzida dos sintomas ansiógenos na amostra.

Em suma, os resultados do presente estudo demonstram que a sintomatologia depressiva pode constituir um preditor relevante da capacidade de tomada de decisão em saúde e que indivíduos com melhor desempenho cognitivo tendem a avaliar de forma mais eficaz os riscos, benefícios e alternativas, refletindo uma melhor capacidade de decisão em saúde. Os dados sugerem ainda que o humor parece interferir no funcionamento cognitivo.

Neste sentido, os resultados deste estudo reforçam a importância de incluir a avaliação da sintomatologia depressiva e funcionamento cognitivo nos processos de avaliação da capacidade de decisão em saúde, em consonância com as recomendações já existentes. A inclusão da avaliação da sintomatologia depressiva nos processos de avaliação da capacidade de decisão em saúde é essencial para evitar interpretações incorretas, nomeadamente em casos em que a presença de sintomas depressivos temporários afeta a qualidade das respostas do indivíduo, sem refletir um declínio cognitivo real. É importante distinguir entre capacidade de decisão, sintomatologia depressiva e funcionamento cognitivo, uma vez que a depressão, apesar de poder comprometer temporariamente a capacidade de decisão, constitui uma condição potencialmente tratável e reversível. Assim, a avaliação e intervenção adequadas na sintomatologia depressiva devem ser seguidas de uma reavaliação da capacidade de decisão, permitindo avaliar se o comprometimento observado é transitório. Esta perspetiva reforça a necessidade de abordagens dinâmicas e integradas, que assegurem uma avaliação mais justa e abrangente, permitindo a preservação da capacidade de autodeterminação dos indivíduos. Estes resultados alertam ainda para a importância de se tratar sintomatologia clínica como a depressiva e estimular o desenvolvimento cognitivo como forma de promoção da capacidade de decisão em saúde e, conseqüentemente, a sua autonomia, autodeterminação e dignidade.

7. Conclusão

O presente estudo permitiu analisar a relação entre a capacidade de tomada de decisão em saúde e a sintomatologia depressiva e ansiógena, estado cognitivo e variáveis sociodemográficas em adultos mais velhos. Os resultados obtidos evidenciam que o aumento da idade tem um impacto significativo no funcionamento cognitivo, e conseqüentemente, na capacidade de decisão em saúde. Adicionalmente, a sintomatologia depressiva demonstrou ser um contributo significativo na diminuição da capacidade de decisão, reforçando a importância de avaliar e intervir precocemente neste domínio. Por outro lado, a sintomatologia ansiógena não se apresentou como relevante na explicação da

variabilidade da capacidade de decisão, embora a forte correlação entre sintomatologia depressiva e ansiosa confirme a elevada comorbilidade entre estes quadros clínicos.

Estes resultados sugerem que o processo de tomada de decisão em saúde resulta de uma interação complexa entre fatores cognitivos, emocionais e demográficos, particularmente a idade. É primordial a necessidade de abordagens multidisciplinares, preventivas e integradas, que considerem não apenas o estado cognitivo, mas também o estado emocional dos adultos mais velhos.

Importa ter em conta algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra (N=60) poderá ter condicionado a robustez estatística dos resultados. Para além disso, a homogeneidade da amostra, sobretudo no que diz respeito às características sociodemográficas dos participantes, poderá ter restringido a identificação de possíveis diferenças entre indivíduos. Assim, a inclusão de uma população mais ampla e com diferentes grupos etários permitiria não só uma maior generalização das conclusões, como também a exploração mais aprofundada de potenciais diferenças entre subgrupos.

Em segundo lugar, a amostra foi constituída por uma população não clínica. Apesar de este facto fornecer informação relevante sobre o envelhecimento normativo de pessoas residentes em contexto comunitário, a utilização de uma população clínica poderia trazer dados mais específicos e aprofundados relativamente ao impacto das variáveis psicológicas e cognitivas na capacidade de decisão em saúde.

Outro aspeto a considerar que advém das duas limitações descritas em acima, prende-se com o critério de exclusão de participantes com declínio cognitivo. Esta decisão, embora necessária para os objetivos do estudo, pode ter contribuído para uma sub-representação da sintomatologia depressiva e ansiógena, uma vez que indivíduos com défice cognitivo apresentam frequentemente níveis mais elevados de sofrimento psicológico (Freire et al., 2017). Assim, os resultados relativos aos sintomas depressivos e ansiógenos devem ser interpretados com cautela, dado que podem não refletir a realidade de populações com maior vulnerabilidade clínica.

Por fim, destaca-se a exigência inerente à aplicação dos instrumentos de avaliação. O tempo de aplicação, a extensão do protocolo e o nível de concentração requerido poderão ter influenciado o desempenho de alguns participantes, sobretudo os adultos mais velhos de uma faixa etária mais elevada. Dessa forma, os resultados podem refletir alguns efeitos de cansaço, sobrecarga cognitiva e dificuldade em manter a atenção durante a aplicação dos instrumentos de avaliação.

Para além das limitações referidas, importa destacar as potencialidades deste estudo. Trata-se de uma investigação que aborda um tema ainda pouco explorado, centrando-se numa dimensão fundamental da autodeterminação, do bem-estar e da qualidade de vida. Distingue-se por adotar uma perspetiva integradora, que considera

simultaneamente aspetos clínicos, cognitivos e sociodemográficos envolvidos na capacidade de decisão em saúde. Esta abordagem torna-se inovadora, distinguindo-se pelo carácter humano e ético, ao colocar a pessoa no centro do processo avaliativo, valorizando a sua autonomia e singularidade.

Futuramente, sugere-se que futuras investigações possam recorrer a amostras de maior dimensão, permitindo aumentar o poder estatístico das análises e possibilitando explorar diferenças entre grupos, nomeadamente ao nível das variáveis sociodemográficas. Adicionalmente, recomenda-se a estratificação da amostra, de forma a garantir que subgrupos importantes da população, como idade, género ou nível educacional, estejam proporcionalmente representados, aumentando a precisão e validade dos resultados.

A inclusão de populações clínicas, como indivíduos com diagnóstico de perturbações neurocognitivas, depressivas ou ansiógenas, poderá fornecer dados mais detalhados sobre o impacto destas condições na capacidade de tomada de decisão em saúde. Esta inclusão permitiria a comparação entre populações clínicas e não clínicas, contribuindo para uma compreensão mais abrangente e até a construção de um modelo compreensivo do estado de ânimo e capacidade de decisão em saúde. Propõe-se ainda, em futuras pesquisas, a adoção de protocolos mais reduzidos e com as necessárias propriedades psicométricas que assegurem a sua validade e fiabilidade, que possam facilitar a colaboração e o envolvimento dos participantes e otimizar a recolha dos dados.

A avaliação da capacidade de decisão em saúde é fundamental para a garantia da autodeterminação e direitos dos indivíduos. Contudo, trata-se de um processo complexo, que exige a consideração de diversas variáveis complementares, nomeadamente a avaliação do estado de humor do indivíduo. Durante a avaliação da capacidade de tomada de decisão em saúde seria fundamental uma avaliação multidimensional que incluísse uma avaliação cognitiva e uma avaliação do estado emocional, permitindo salvaguardar direitos fundamentais do indivíduo.

Por último, importa salientar que o reforço da literacia em saúde nos adultos mais velhos pode facilitar o processo de tomada de decisão, permitindo compreender melhor os conceitos e avaliar diferentes alternativas. As alterações cognitivas associadas a esta população podem condicionar um declínio parcial da capacidade de decisão em situações novas e complexas (Tannou et al., 2020). Assim, perante quadros clínicos desconhecidos, sem conhecimento prévio sobre etiologia, opções terapêuticas, vantagens e desvantagens, os adultos mais velhos podem apresentar maiores dificuldades na tomada de decisão em saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental adaptar as práticas de comunicação, o processo de consentimento informado e o apoio à decisão, por exemplo através da reformulação de opções, da disponibilização de tempo adicional para reflexão e da garantia de que o

indivíduo compreendeu efetivamente as implicações da sua condição e dos tratamentos propostos.

Referências

- Amaral, A. P., Simões, M. R., Freitas, S., & Afonso, R. M. (2023). *Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde): Manual de Administração e Cotação*. Universidade de Coimbra.
- Amaral, A. S. (2023). *Avaliação da Capacidade de Tomada de Decisão em Cuidados de Saúde: Desenvolvimento e Validação do IAC-Saúde* [Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/114327>
- Amaral, A. S., Afonso, R. M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2022a). Decision-Making Capacity in Healthcare: Instruments Review and Reflections About its Assessment in the Elderly with Cognitive Impairment and Dementia. *The Psychiatric quarterly*, 93(1), 35–53. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09867-7>
- Amaral, A. S., Simões, M. R., Freitas, S., Vilar, M., Sousa, L. B., & Afonso, R. M. (2022b). Healthcare decision-making capacity in old age: A qualitative study. *Frontiers in psychology*, 13, 1024967. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1024967>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th eds., text rev). <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Appelbaum, P. S., & Gutheil, T. G. (1991). *Clinical handbook of psychiatry and the law* (2nd ed.). Williams & Wilkins Co.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596–619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American journal of psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>

- Biella, M. M., de Siqueira, A. S. S., Borges, M. K., Ribeiro, E. S., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Apolinario, D., & Aprahamian, I. (2020). Decision-making profile in older adults: the influence of cognitive impairment, premorbid intelligence and depressive symptoms. *International psychogeriatrics*, *32*(6), 697–703. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001029>
- Bishop, S. J., & Gagne, C. (2018). Anxiety, Depression, and Decision Making: A Computational Perspective. *Annual review of neuroscience*, *41*, 371–388. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-080317-062007>
- Bloom, D., Canning, D., & Lubet, A. (2015). Global Population Aging: Facts, Challenges, Solutions & Perspectives. *Daedalus*, *144*, 80–92. https://doi.org/10.1162/DAED_A_00332
- Boettger, S., Bergman, M., Jenewein, J., & Boettger, S. (2016). Advanced age and decisional capacity: The effect of age on the ability to make health care decisions. *Archives of gerontology and geriatrics*, *66*, 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.011>
- Brand, M., & Schiebener, J. (2013). Interactions of age and cognitive functions in predicting decision making under risky conditions over the life span. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *35*(1), 9–23. <https://doi.org/10.1080/13803395.2012.740000>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, *1*(1), 37–43. https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06
- Cai, H., Jin, Y., Liu, R., Zhang, Q., Su, Z., Ungvari, G. S., Tang, Y. L., Ng, C. H., Li, X. H., & Xiang, Y. T. (2023). Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian journal of psychiatry*, *80*, 103417. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>
- Clouston, S. A., Glymour, M., & Terrera, G. M. (2015). Educational inequalities in aging-related declines in fluid cognition and the onset of cognitive pathology. *Alzheimer's & dementia (Amsterdam, Netherlands)*, *1*(3), 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2015.06.001>

- Del Missier, F., Mäntylä, T., & De Bruin, W. B. (2012). Decision-making competence, executive functioning, and general cognitive abilities. *Journal of Behavioral Decision Making*, 25(4), 331–351. <https://doi.org/10.1002/bdm.731>
- Demakis, G. J. (2012). Introduction to Basic Issues in Civil Capacities. In G. J. Demakis (Ed.), *Civil Capacities in Clinical Neuropsychology* (pp. 3–19). Oxford University Press.
- Fernandes, F., Turra, C., & Neto, E. (2023). World population aging as a function of period demographic conditions. *Demographic Research*.
- Fletcher, J., Topping, M., Zheng, F., & Lu, Q. (2021). The effects of education on cognition in older age: Evidence from genotyped Siblings. *Social science & medicine* (1982), 280, 114044. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114044>
- Freire, A. C. C., Pondé, M. P., Liu, A., & Caron, J. (2017). Anxiety and Depression as Longitudinal Predictors of Mild Cognitive Impairment in Older Adults. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(5), 343–350. <https://doi.org/10.1177/0706743717699175>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(9), 989–996. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct Validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 18(2), 242–250. <https://doi.org/10.1017/S1355617711001573>
- Gomes da Rocha, C., Jopp, D. S., Hoffman, A., Falciola, J., Cavalli, S., Herrmann, F. R., Röcke, C., Verloo, H., Ribeiro, O., & von Gunten, A. (2025). The role of functional dependence in depressive symptoms among centenarians: Findings from the SWISS100 study. *International Psychogeriatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.inpsyc.2025.100071>
- Gonzales, M., Garbarino, V., Pollet, E., Palavicini, J., Kellogg, D., Kraig, E., & Orr, M. (2022). Biological aging processes underlying cognitive decline and neurodegenerative disease. *The Journal of Clinical Investigation*, 132. <https://doi.org/10.1172/JCI158453>

- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737–752. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>
- Hartley, C. A., & Phelps, E. A. (2012). Anxiety and decision-making. *Biological psychiatry*, 72(2), 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.12.027>
- Hindmarch, T., Hotopf, M., & Owen, G. S. (2013). Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *BMC medical ethics*, 14, 54. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-54>
- INE. (2024). *Índice de Envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- James, B. D., Boyle, P. A., Bennett, J. S., & Bennett, D. A. (2012). The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology*, 58(6), 531–539. <https://doi.org/10.1159/000339094>
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Alexopoulos, G. S., Frank, E., & Reynolds, C. F., 3rd (2001). Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depression and anxiety*, 14(2), 86–93. <https://doi.org/10.1002/da.1050>
- Leykin, Y., Roberts, C. S., & Derubeis, R. J. (2011). Decision-Making and Depressive Symptomatology. *Cognitive therapy and research*, 35(4), 333–341. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9308-0>
- Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2020). Worldwide disease epidemiology in the older persons. *European geriatric medicine*, 11(1), 147–153. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00265-2>
- Moye, J., & Marson, D. C. (2007). Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 62(1), P3–P11. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.p3>
- Moye, J., Marson, D. C., & Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *The American psychologist*, 68(3), 158–171. <https://doi.org/10.1037/a0032159>

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Osuji, P. I. (2017). Relational autonomy in informed consent (RAIC) as an ethics of care approach to the concept of informed consent. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *21*(1), 101–111. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9789-7>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, *19*(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual—A step by step guide to data analysis using SPSS for windows* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Palmer, B. W., & Harmell, A. L. (2016). Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, *31*(6), 530–540. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw051>
- Poeschl, G. (2006). *Análise de Dados na Investigação em Psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet (London, England)*, *385*(9967), 549–562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- 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>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Afonso, R. M., & Pachana, N. (2015). Predictors of anxiety in centenarians: health, economic factors, and loneliness. *International psychogeriatrics*, *27*(7), 1167–1176. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001628>
- Rosi, A., Bruine de Bruin, W., Del Missier, F., Cavallini, E., & Russo, R. (2019). Decision-making competence in younger and older adults: which cognitive abilities contribute

- to the application of decision rules?. *Neuropsychology, development, and cognition. Section B, Aging, neuropsychology and cognition*, 26(2), 174–189. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1418283>
- Saha, S., Lim, C. C. W., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., Huo, Y., & J McGrath, J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 38(3), 286–306. <https://doi.org/10.1002/da.23113>
- Sangroula, D., Mainali, P., Hagi, K., & Peteru, S. (2020). Psychiatric Illness and Medical Decision-Making Capacity: A Retrospective Study in Medical Settings. *Psychiatry International*, 1(2), 115-124. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint1020012>
- Santos Siqueira, A. S., Biella, M. M., Borges, M. K., Mauer, S., Apolinario, D., Ferraz Alves, T. C. D. T., Jacob-Filho, W., Voshaar, R. C. O., & Aprahamian, I. (2022). Decision-making executive function profile and performance in older adults with major depression: a case-control study. *Aging & Mental Health*, 26(8), 1551-1557. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1950617>
- Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e Saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.min-saude.pt>
- Shafiee, A., Mohammadi, I., Rajai, S., Jafarabady, K., & Abdollahi, A. (2024). Global prevalence of anxiety symptoms and its associated factors in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of General and Family Medicine*. <https://doi.org/10.1002/jgf2.750>
- Simões, M. R., Prieto, G., Pinho, M. S., & Firmino, H. (2015). Geriatric Depression Scale (GDS-30). In M. R. Simões, I. Santana & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (3.^a ed.; pp. 128-133) [Scales and Tests in Dementia, 3rd ed.]. Novartis.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Pinho, M. S., Vilar, M., Prieto, G., & Firmino, H. (2017). Escala de Depressão Geriátrica (GDS) [Geriatric Depression Scale (GDS)]. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coords.), *Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação* [Clinical and Health Psychology: Assessment Instruments] (pp. 219-233). Pactor.

- Siqueira, A., Biella, M., Borges, M., Mauer, S., Apolinário, D., Alves, T., Jacob-Filho, W., Voshaar, R., & Aprahamian, I. (2021). Decision-making executive function profile and performance in older adults with major depression: a case-control study. *Aging & Mental Health*, 26, 1551 - 1557. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1950617>
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). IAFAI, Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos. *Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.
- Sousa, L. B., Vilar, M., Prieto, G., & Simões, M. R. (2017). Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI) In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coords.), *Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação* (pp. 235-249). Factor.
- Sullivan, M. D., & Youngner, S. J. (1994). Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment. *The American journal of psychiatry*, 151(7), 971–978. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.7.971>
- Tannou, T., Koeberlé, S., Aubry, R., & Haffen, E. (2020). How does decisional capacity evolve with normal cognitive aging: systematic review of the literature. *European geriatric medicine*, 11(1), 117–129. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00251-8>
- Tsolakis, P. (2025). Beck's Cognitive Model of Depression: Evolution, Modern Evidence and Critical Appraisal. *Psychology*, 16, 12-25. <https://doi.org/10.4236/psych.2025.161002>
- World Health Organization. (2023, October 2). *Mental Health of Older Adults*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2025). Portugal. *WHO Data*. <https://data.who.int/countries/620>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zhao, E., Tranovich, M. J., & Wright, V. J. (2014). The role of mobility as a protective factor of cognitive functioning in aging adults: a review. *Sports health*, 6(1), 63–69.
<https://doi.org/10.1177/1941738113477832>