



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Polimedicação, Depressão e Ansiedade em pessoas idosas

Catarina Sofia Correia Pinto

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Afonso
Coorientador: Dr.^a Marli Gomes Loureiro

Covilhã, março de 2018

Dedicatória

Aos meus pais.

Agradecimentos

À minha orientadora, professora Doutora Rosa Marina Afonso pela esclarecida orientação, apoio, toda a sua disponibilidade, dedicação e motivação durante a realização desta dissertação e à minha coorientadora Doutora Marli Loureiro pela ajuda, conselhos e orientação.

Ao professor Henrique Pereira, coordenador deste projeto, pelo apoio na análise de dados e a todos os colaboradores nesta investigação que com empenho contribuíram para este projeto.

Aos meus pais por serem o porto de abrigo, a motivação e pelo amor com que me rodearam todos estes anos.

Às minhas amigas Maria João, Laura, Ângela e Deolinda, pela amizade e apoio a cada passo desta jornada.

À Covilhã, cidade da neve, que tão bem me acolheu durante estes 6 anos.

À Faculdade de Ciências da Saúde e à Universidade da Beira Interior que me proporcionaram oportunidades de crescimento, quer académico quer pessoal, e de particular importância para o meu futuro como médica.

A Deus, porque a Ele, devo todos estes anos.

Prefácio

“Vivemos a vida como se ela fosse interminável. Mas entre a meninice e a velhice há um pequeno intervalo de tempo”

Augusto Cury

Resumo

Introdução: O envelhecimento está, muitas vezes, associado a um aumento da morbidade que, frequentemente leva à polimedicação do idoso. Por outro lado, a sintomatologia depressiva e ansiosa são muito comuns na velhice e nem sempre são devidamente atendidas. Este estudo pretende avaliar a sintomatologia depressiva e ansiosa em pessoas idosas, identificar situações de polimedicação e analisar a relação entre sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e polimedicação.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo desenvolvido com uma amostra de conveniência. Participaram no estudo 91 pessoas com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos ($M=78,41$; $DP=8,79$). Foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage *et al.*, 1982, adap. pop. portuguesa Pocinho, 2009), o Inventário de Ansiedade Geriátrica (Pachana *et al.*, 2007, adapt. pop. portuguesa Ribeiro, 2011) e foi identificada e contabilizada a medicação utilizada nos últimos 6 meses.

Resultados: Os resultados indicam que 70 participantes (83,3%) apresentavam sintomatologia depressiva e 31 (35,6%) sintomatologia ansiosa. Observou-se que as mulheres apresentavam um nível médio de sintomatologia depressiva inferior aos homens ($p=0,049$). Os participantes tomavam uma média de 5,44 medicamentos ($DP=3,67$), sendo que 53 estavam polimedicados (58,2%). Constatou-se que indivíduos polimedicados apresentavam um nível médio de sintomatologia depressiva inferior ($M=16,38$; $DP=6,235$) aos não polimedicados ($M=21,17$; $DP=5,248$), com significância estatística ($p=0,000$). Os indivíduos não polimedicados apresentavam um nível médio de sintomatologia ansiosa inferior ($M=4,92$; $DP=5,83$) aos polimedicados ($M=8,71$; $DP=6,227$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$). Observou-se ainda que, pessoas idosas medicadas com antidepressivo, apresentavam menos sintomatologia depressiva ($p=0,004$) e mais sintomatologia ansiosa ($p=0,030$).

Conclusão: Este estudo alerta, por um lado, para o elevado número de pessoas idosas polimedicadas e, por outro lado, para a elevada prevalência de sintomatologia depressiva nos participantes que é menor nos idosos polimedicados. Apesar de mais reduzida, também se observa considerável sintomatologia ansiosa entre os participantes, sendo que é maior nos idosos polimedicados. Este estudo sugere, também, a necessidade de estudos mais específicos sobre o tema com amostras representativas.

Palavras-chave

Depressão; Ansiedade; Idoso; Polimedicação

Abstract

Introduction: For the most part, aging is related to an increase of morbidity which often leads to polymedication in the elderly. On the other hand, depressive and anxiety symptomatologies are extremely common amongst elderly patients and are not always well catered for. The main purpose of this study is to evaluate depressive and anxiety symptomatologies amongst seniors, recognise polymedication cases and analyse the relationship between depressive symptomatology, anxiety symptomatology and polymedication.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive study carried out using a convenience sampling method. A total of 91 people with ages between 65 and 97 ($M=78.41$; $SD=8.79$) participated in the study. Both the Geriatric Depression Scale (Yesavage *et al.*, 1982, Portuguese version Pocinho, 2009) and the Geriatric Anxiety Inventory (Pachana *et al.*, 2007, Portuguese version Ribeiro, 2011) have been applied and medication used in the past six months has been identified and registered.

Results: Our results suggest that 70 participants (83,3%) have experienced depressive symptomatology and 31 (35,6%) have experienced anxiety symptomatology. In comparison to men, women showed a lower mean level of depressive symptomatology ($p=0,049$). In this study, all participants took a mean of 5,44 pills daily ($SD=3,67$) and 53 of them were polymedicated (58,2%). Working with statistical significance ($p=0,000$), when in contrast to non-polymedicated patients ($M=21,17$; $SD=5,248$), polymedicated individuals showed a lower mean level of depressive symptomatology ($M=16.38$; $SD=6.235$). The difference between polymedicated patients ($M=8,71$; $SD=6,227$) and non-polymedicated individuals who showed a lower mean level of anxiety symptomatology ($M=4,92$; $SD=5,83$), was found to be statistically significant ($p=0,03$). Moreover, senior patients medicated with antidepressants showed lower levels of depressive symptomatology ($p=0,004$) and higher levels of anxiety symptomatology ($p=0,030$).

Conclusion: This study warns about the high number of polymedicated seniors and the high prevalence of depressive symptomatology in participants, which is proven to be lower in polymedicated elderly patients. Albeit lower, anxiety symptomatology amongst participants is higher in polymedicated seniors. This study also suggests the need of further research studies on this topic along with representative samplings.

Keywords

Depression; anxiety; elder; polymedication

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Prefácio.....	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Índice	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos.....	x
1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	3
2.1. Desenho da Investigação	3
2.2. Participantes	3
2.3. Instrumentos.....	4
2.4. Procedimentos	6
2.5. Análise estatística	6
3. Resultados	7
3.1. Avaliação da sintomatologia depressiva e da sintomatologia ansiosa na amostra	7
3.2. Identificação das classes de fármacos utilizados e avaliação da polimedicação	8
3.3. Análise da relação entre sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa	9
3.4. Comparações das médias dos resultados da GDS-Total e da GAI-Total em diferentes grupos.	10
3.4.1 Comparação das médias dos resultados da GDS-Total	10
3.4.2 Comparação das médias dos resultados da GAI-Total	11
4. Discussão	13
5. Potencialidades e Limitações	18
5.1. Potencialidades	18
5.2. Limitações	18
6. Conclusão	19
7. Bibliografia	20
8. Anexos.....	23

Lista de Figuras

Figura 1 - Principais grupos de doenças identificadas	4
Figura 2 - Relação do número de indivíduos com depressão e ansiedade	7
Figura 3 - Número de indivíduos polimedicados e não polimedicados	8
Figura 4 - Percentagem de participantes que tomam determinado número de medicamentos por dia	8
Figura 5 - Principais classes de fármacos realizadas	9

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra	3
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a presença de depressão e a presença de ansiedade	7
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a realização de medicação e polimedicação ...	8
Tabela 4 - Coeficiente de Spearman entre a GDS - Total e a GAI - Total.....	9
Tabela 5 - Resultados para a comparação de médias dos valores das GDS.....	10
Tabela 6 - Resultados para a comparação de médias dos resultados da GDS e a classe de fármacos realizada	11
Tabela 7 - Resultados para a comparação de médias dos resultados da GAI.....	11
Tabela 8 - Resultados para a comparação de médias dos resultados da GAI e a classe de fármacos realizada	12

Lista de Acrónimos

CICS	Centro de Investigação em Ciências da Saúde
DMII	Diabetes Mellitus tipo II
GAI	Geriatric Anxiety Inventory
GDS	Geriatric Depression Scale
INE	Instituto Nacional de Estatística
K-S	Kolmogorov-Smirnov
MMSE	Minimental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Software Package for Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior

1.Introdução

Num mundo global onde as mudanças ocorrem a um ritmo acelerado, assiste-se ao aumento da esperança média de vida que se traduz no envelhecimento da população e no consequente aumento da multimorbilidade entre a população idosa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que entre 2015 e 2050, a proporção da população com mais de 60 anos quase duplicará de 12% para cerca de 22% (1). Nas últimas décadas, a população portuguesa tem, também, assistido a uma modificação profunda do seu perfil etário, observando-se um aumento do número de pessoas idosas, sendo que, em Portugal no ano de 2015 o índice de envelhecimento registado foi de 146,5 (2).

Considerando estes números, é fundamental compreender que o envelhecimento é uma etapa importante no ciclo de vida de um ser humano, e traz consigo desafios não só para a saúde física, devido à acumulação de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, mas também, para a saúde mental e bem-estar do individuo. Segundo a OMS, atualmente mais de 20% dos adultos com mais de 60 anos sofrem de um problema mental ou neurológico. A nível mundial os problemas mais comuns relacionam-se com a demência, depressão e a ansiedade. Segundo dados da OMS cerca de 7% da população mundial idosa apresenta sintomatologia depressiva e 3,8% sofre de perturbações de ansiedade (1).

Múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de um individuo em qualquer ponto da sua vida. Frequentemente os idosos perdem a sua autonomia devido a baixa mobilidade, dor crónica, fragilidade ou problemas mentais e físicos que requerem tratamentos prolongados, que muitas vezes culminam em problemas psicológicos (1).

No âmbito da saúde mental na velhice, destacam-se a depressão e ansiedade que, juntamente com as demências, representam as patologias psiquiátricas mais frequentes nesta faixa etária (12). Assim as perturbações da ansiedade surgem com uma prevalência de 10-20% nas pessoas com mais de 65 anos, duas vezes mais prevalentes do que as demências (8%) e quatro a oito vezes mais prevalentes que a perturbação depressiva major (3).

A depressão é um distúrbio mental comum que altera o funcionamento individual e social do indivíduo, constituindo uma das maiores causas de incapacidade funcional. Na população geriátrica, a depressão tem uma apresentação clinica frequentemente inespecífica e atípica, coexistindo muitas vezes com doenças físicas. À medida que o individuo envelhece, aumenta a incidência de diversas doenças específicas associadas aos sinais e sintomas de depressão, e

também aumenta a frequência de uso de fármacos, sendo que todos estes fatores podem predispor o idoso à depressão (3).

A ansiedade é um estado emocional comum em pessoas de todas as idades e por norma representa uma reação habitual ao *stress* (3). As perturbações da ansiedade incluem uma miríade de problemas entre eles, fobias, ataques de pânico e perturbação da ansiedade generalizada (4). Esta última é das mais comuns entre as pessoas idosas, muitas vezes despoletada por fatores como a fragilidade, doença orgânica e sentimentos de vulnerabilidade.

O aumento da morbilidade leva frequentemente a situações de polimedicação (ou polifarmácia) do idoso (5). Vários fármacos, habitualmente prescritos na população geriátrica podem interagir de forma potencialmente adversa (3). Não se conhecem todas as interações farmacológicas, mas sabe-se que algumas relacionam-se com consequências na função mental, originando sintomas psiquiátricos, cuja conexão causal é difícil de estabelecer. Alguns desses sintomas mais comuns que surgem, como alterações do humor, parecem estar relacionados com a ansiedade e depressão (6).

Este estudo pretende estudar a polimedicação, a ansiedade e depressão em pessoas idosas. Assim, os objetivos deste estudo são:

1. Avaliar a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiosa em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos;
2. Identificar as classes de fármacos mais utilizadas;
3. Identificar situações de polimedicação;
4. Analisar a relação entre sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa;
5. Analisar se existem diferenças em relação à sintomatologia depressiva comparativamente entre género, institucionalização ou não, presença ou ausência de doença e polimedicação;
6. Analisar se existem diferenças em relação à sintomatologia ansiosa comparativamente entre género, institucionalização ou não, presença ou ausência de doença e polimedicação.

2. Materiais e Métodos

2.1. Desenho da Investigação

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado com uma amostra de conveniência. Este estudo insere-se na investigação, intitulada “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina”, desenvolvida no Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS - FCS,UBI).

2.2. Participantes

Participaram neste estudo 91 pessoas idosas, 56 do sexo feminino (61,5%) e 35 do sexo masculino (38,5%), com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos ($M=78,41$; $DP=8,79$). Ainda de referir que 37 idosos encontravam-se institucionalizados (40,7%), e 54 não institucionalizados (59,3%). Na Tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra (N=91)

		Frequência	Percentagem
Género	Masculino	35	38,5%
	Feminino	56	61,5%
Idade	65-74anos	35	38,5%
	75-97anos	56	61,5%
Estado Civil	Solteiro/a	8	8,8%
	Casado/a	44	35,8%
	Divorciado/a	3	2,4%
	Viúvo/a	36	39,6%
Escolaridade	Sem escolaridade	13	14,3%
	Até 4 anos	49	53,8%
	5º-12ºano	20	22%
	Formação universitária	9	9,9%
Institucionalização	Sim	37	40,7%
	Não	54	59,3%

Relativamente ao estado de saúde, e tendo por base o auto-relato dos participantes, 74 idosos afirmaram ter alguma doença diagnosticada (81,3%), enquanto 17 idosos negaram qualquer tipo de doença diagnosticada (18,7%).

Relativamente à principal condição diagnosticada (Figura 1), 47 indivíduos indicaram padecer de doença cardiovascular (51,6%), 16 doença respiratória (17,6%), 13 doença neurológica (14,3%), 15 osteoporose (16,5%), 13 Diabetes Mellitus II (14,3%) e 4 doença oncológica (4,4%).

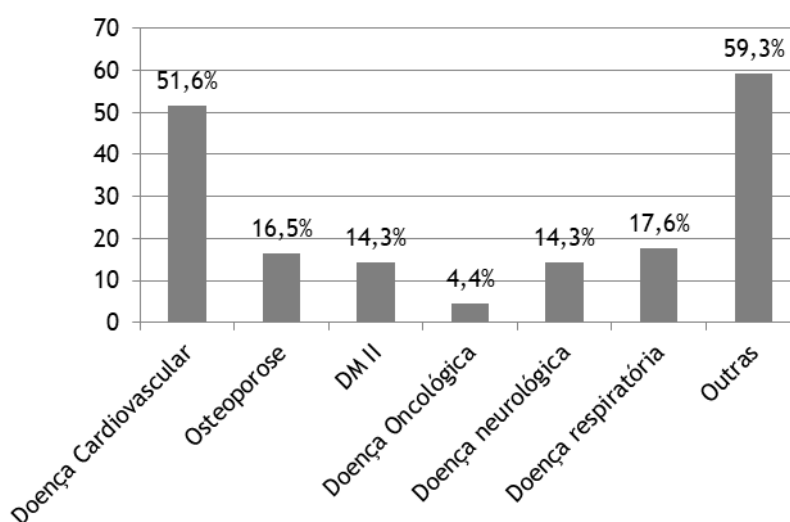


Figura 1 - Principais grupos de doenças identificadas

2.3. Instrumentos

No âmbito deste estudo foram avaliados os seguintes parâmetros, além dos sociodemográficos: função cognitiva, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, polimedicação. Para tal foram usados os instrumentos a seguir apresentados.

Questionário Sociodemográfico

Este questionário avaliou variáveis como a idade, sexo, estado civil, escolaridade, se estava ou não institucionalizado e principais grupos de doenças diagnosticados (anexo II).

Minimental State Examination

O Minimental State Examination (MMSE) foi desenvolvido por Folstein & McHugh (1975) tendo sido adaptado para a população portuguesa por Guerreiro *et al* em 1994 e é um teste rastreio de avaliação do funcionamento cognitivo. No âmbito deste estudo foram usados os pontos de corte do estudo para a população portuguesa de Morgado *et al*. O MMSE avalia a orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade

construtiva. Pela sua fiabilidade e rápida aplicação é utilizada na prática clínica e em investigação (21). Segundo Morgado *et al*, é muito provável que um indivíduo tenha défice cognitivo caso tenha uma pontuação abaixo de determinado ponto de corte que é diferente segundo a escolaridade do sujeito. Assim de acordo com o grau de literacia: 22 pontos, para literacia de 0 a 2 anos, 24 pontos, para literacia de 3 a 6 anos e 27 pontos, para literacia igual ou superior a 7 anos (13, 21).

Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi desenvolvida por Yesavage *et al* em 1983. Trata-se de uma medida válida e fiável de rastreio de perturbações depressivas nos idosos. Trata-se de uma escala dicotómica com duas alternativas de resposta (Não e Sim). É uma escala especificamente construída para avaliação da sintomatologia depressiva em idosos, uma vez que os autores consideram que nesta fase, devido às questões de somatização, é importante avaliar de forma diferente dos adultos. A escala foi adaptada para a população portuguesa por Pocinho *et al* em 2009. Quando obtida a pontuação final o indivíduo é classificado como se apresentando: sem depressão (0-10 pontos) e com depressão (11-27 pontos) (7).

Inventário de Ansiedade Geriátrico

O Inventário de Ansiedade Geriátrico (GAI) foi desenvolvido por Pachana *et al* em 2007, e é um instrumento de avaliação de ansiedade desenhado para avaliar a severidade dos sintomas da ansiedade nos idosos. O GAI consiste numa rápida escala de 20 itens, autoaplicados ou aplicado por terceiros que permite discriminar os idosos com ou sem sintomas de ansiedade. Trata-se de uma escala dicotómica com duas alternativas de resposta (Concordo e Discordo). A escala foi adaptada para a população portuguesa por Ribeiro *et al* em 2011. O ponto de corte da pontuação obtida resulta na classificação da pessoa como: sem ansiedade (0-8 pontos) e com ansiedade (9-20 pontos) (8).

Polimedicação

Para a avaliação da polimedicação, os indivíduos em estudo foram questionados quanto aos medicamentos que utilizaram nos últimos 6 meses, sendo registado a quantidade e tipo de medicação utilizada. Estes dados foram organizados de seguida, em 6 classes de medicamentos, escolhidas segundo a sua maior prevalência nesta amostra, e a sua pertinência para este estudo: anti hipertensores; antilipidémicos; antidiabéticos; inibidor da bomba de prótons, ansiolíticos e antidepressivos (5,22).

Relativamente ao conceito de polimedicação ou polifarmácia, no âmbito deste trabalho foi definida como a toma de 5 ou mais medicamentos diariamente por um período superior a 3 meses, adotada no âmbito de outros estudos (9).

2.4. Procedimentos

Os participantes no estudo foram abordados no domicílio, em estruturas residenciais para idosos e academias sénior, na área da Beira Interior. A recolha de dados foi efetuada por uma equipa multidisciplinar constituída por estudantes de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, uma estudante do Mestrado Integrado em Medicina, uma enfermeira e uma psicóloga. O processo de recolha e tratamento de dados foi supervisionado pela equipa de investigadores e docentes da Universidade da Beira Interior responsável pelo projeto “Investigação e Comportamento Humano e Biomedicina (CICS_UBI)” no qual se integrou esta dissertação de mestrado.

O projeto foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior (processo CE-FCS2016-022), a 29.06.16 (anexo I).

A aplicação dos protocolos foi sempre precedida por um esclarecimento acerca do estudo e pela obtenção do consentimento informado. Cada entrevista demorava uma média de 60 minutos. Os critérios de inclusão no estudo foram:

1. Ter idade igual ou superior a 65 anos;
2. Não ter défice cognitivo segundo a aplicação do Mini Mental State Examination (21);
3. Ter dado consentimento informado e esclarecido.

2.5. Análise estatística

Relativamente à análise dos dados, recorreu-se ao Software Package for Social Sciences (SPSS®), versão 23 para Microsoft Windows.

Foi feita uma análise descritiva dos dados sociodemográficos para a caracterização da amostra - frequência relativas e absolutas. Para as variáveis quantitativas apresentam-se: média, desvio padrão, mínimo e máximo.

Para testar o ajustamento à normalidade de distribuição das variáveis foi aplicado o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov). Como se constatou que os dados não seguiam uma distribuição normal utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann Whitney para comparar duas amostras independentes e o Coeficiente de Correlação de Spearman para análise da correlação entre variáveis (10).

3. Resultados

3.1. Avaliação da sintomatologia depressiva e da sintomatologia ansiosa na amostra

Relativamente à sintomatologia depressiva, 14 idosos (16,7%) apresentavam-se sem depressão e 70 idosos (83,3%) apresentavam sintomatologia depressiva. Quanto à ansiedade, 56 idosos (64,4%) apresentavam-se sem ansiedade, enquanto 31 idosos (35,6%) apresentavam-se com sintomatologia ansiosa (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a presença de depressão (n=84) e a presença de ansiedade (n=87)

	Frequência	Porcentagem
Ausência de depressão	14	16,7%
Com depressão	70	83,3%
Ausência de ansiedade	56	64,4%
Com ansiedade	31	35,6%

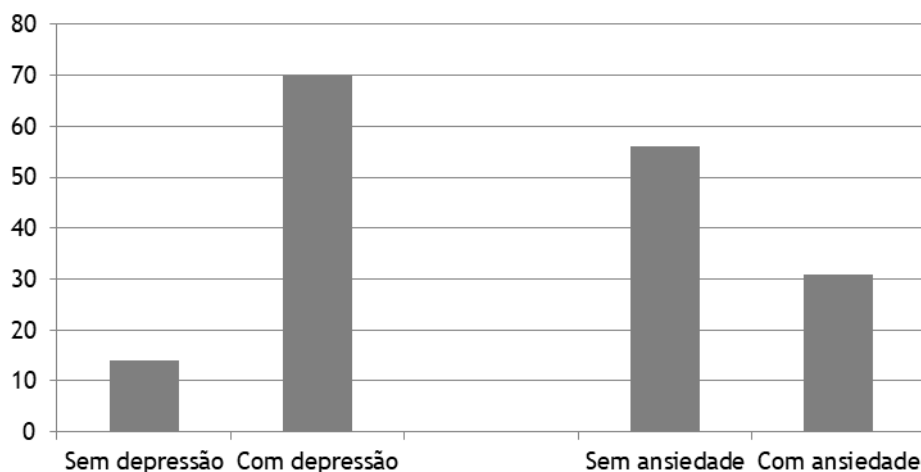


Figura 2 - Relação do número de indivíduos com depressão e ansiedade

3.2. Identificação das classes de fármacos utilizados, e avaliação da polimedicação

Relativamente à quantidade de medicação, os indivíduos da amostra em estudo tomavam uma média de 5,44 medicamentos, com um desvio padrão de 3,667. O número mínimo de medicação realizada era de 0 e máximo era 18 (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a realização de medicação e polimedicação (N=91)

	Frequência	Porcentagem
Toma medicação	82	90,1%
< 5 medicamentos	38	41,8%
≥ 5 medicamentos	53	58,2%
Não toma medicação	9	9,9%

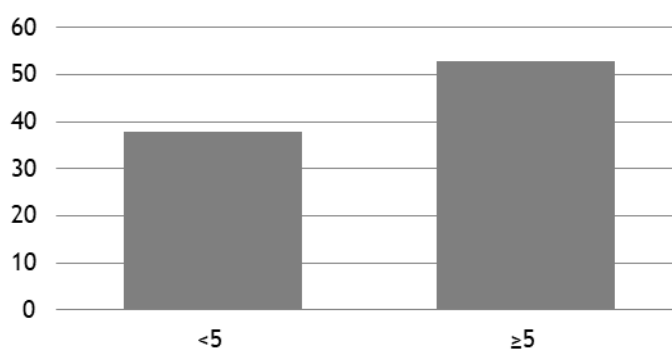


Figura 3 - Número de indivíduos polimedicados e não polimedicados

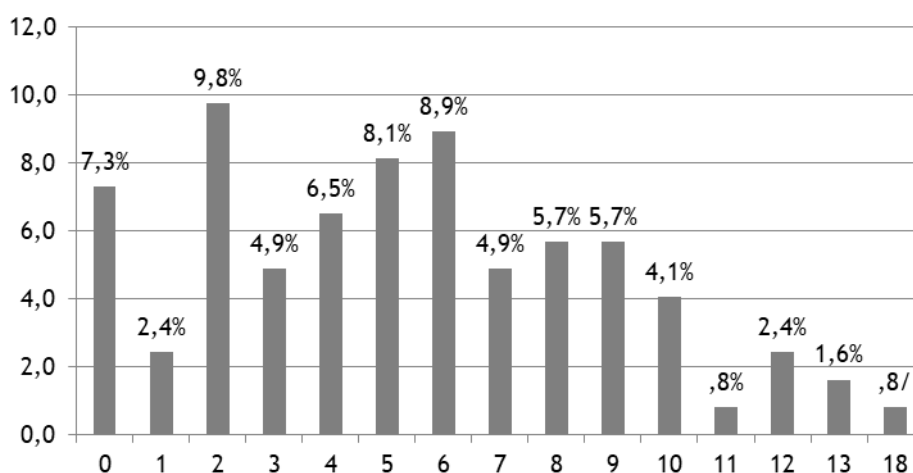


Figura 4 - Porcentagem de participantes que toma determinado número de medicamentos por dia.

Relativamente às principais classes de fármacos, 62 idosos tomavam anti hipertensor (68,1%); 37 idosos tomavam antidiabéticos (40,7%); 14 tomavam antidiabéticos (15,4%); 41 tomavam inibidores da bomba de prótons (45,1%); 37 tomavam ansiolíticos (40,7%) e 21 idosos tomavam antidepressivos (23,1%) (Figura 5).

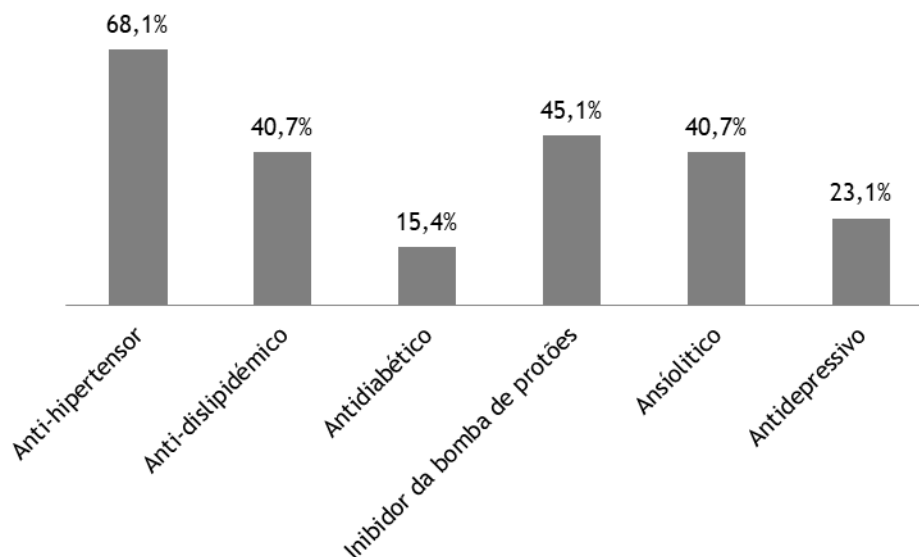


Figura 5 - Principais classes de fármacos realizadas

3.3. Análise da relação entre sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa

A análise efetuada entre a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiosa através do coeficiente de correlação de Spearman indica uma correlação negativa e estatisticamente significativa considerada forte ($r_s = -0,776$, $p = 0,01$), de acordo com os critérios de Cohen e Holliday (11). Ou seja, à medida que os níveis de sintomatologia depressiva aumentam, os níveis de sintomatologia ansiosa diminuem (Tabela 4).

Tabela 4 - Coeficiente de Spearman entre a GDS - Total e a GAI - Total (N=91)

	GDS - Total	<i>p</i>
GAI - Total	-0,776	0,01

3.4. Comparações das médias dos resultados da GDS-Total e da GAI-Total em diferentes grupos.

3.4.1 Comparação das médias dos resultados da GDS-Total

Relativamente à comparação das médias obtidas na avaliação da sintomatologia depressiva com a GDS entre participantes homens e mulheres, institucionalizados e não institucionalizados, constata-se diferenças estatisticamente significativas, tal como se pode observar na tabela 5. Assim homens apresentam um nível médio de sintomatologia depressiva superior ($M=20,13$; $DP=5,655$) em relação às mulheres ($M=17,38$; $DP=6,469$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,049$). Relativamente aos institucionalizados, observa-se que estes, apresentam um nível médio de sintomatologia depressiva inferior ($M=16,61$; $DP=6,262$), relativamente aos não institucionalizados ($M=19,79$; $DP=6,003$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,013$).

No que se refere à presença ou ausência de doença não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos polimedicados e não. Observou-se que indivíduos polimedicados apresentavam um nível médio de sintomatologia depressiva inferior ($M=16,38$; $DP=6,235$) aos não polimedicados ($M=21,17$; $DP=5,248$), com significância estatística ($p=0,000$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultados para a comparação de médias dos valores das GDS (n=84)

		N	Média	Desvio Padrão	p
Género	Feminino	52	17,38	6,469	0,049
	Masculino	32	20,13	5,655	
Institucionalizado	Sim	36	16,61	6,262	0,013
	Não	48	19,79	6,003	
Doença	Sim	67	17,76	6,500	0,077
	Não	17	21,06	4,603	
Polimedicado	Sim	48	16,38	6,235	0,00
	Não	36	21,17	5,248	

A comparação das médias de sintomatologia depressiva entre pessoas idosas medicadas ou não com os diferentes tipos de fármacos revelou que apenas existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,004$) entre os que tomam e não tomam antidepressivo, como se pode observar na Tabela 6. Ou seja, as pessoas idosas medicadas com antidepressivo apresentam menos sintomatologia depressiva ($M=15,15$; $DP=5,622$), do que os não medicados. Não foram encontradas outras diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva entre as restantes classes de fármacos.

Tabela 6 - Resultados para a comparação de médias dos resultados da GDS e a classe de fármacos realizada (n=84)

		N	Média	Desvio Padrão	p
Anti hipertensor	Sim	57	18,30	6,353	0,773
	Não	27	18,70	6,238	
Antidislipídico	Sim	34	16,88	6,618	0,079
	Não	50	19,48	5,877	
Antidiabético	Sim	11	17,91	7,217	0,837
	Não	73	18,51	6,180	
Inibidor da bomba de prótons	Sim	39	17,64	6,575	0,314
	Não	45	19,11	6,005	
Ansiolítico	Sim	35	17,34	6,249	0,136
	Não	49	19,20	6,252	
Antidepressivo	Sim	20	15,15	5,622	0,004
	Não	64	19,45	6,162	

3.4.2 Comparação das médias dos resultados da GAI - Total

Os indivíduos não polimedcados apresentavam um nível médio de sintomatologia ansiosa inferior ($M=4,92$; $DP= 5,83$) aos polimedcados ($M=8,71$; $DP=6,227$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$), tal como se pode observar na Tabela 7.

Relativamente aos restantes fatores como género, institucionalização e presença ou ausência de doença não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7 - Resultados para a comparação de médias dos resultados da GAI (n=87)

		N	Média	Desvio padrão	p
Género	Feminino	54	7,24	6,404	0,765
	Masculino	33	6,97	6,272	
Institucionalizado	Sim	35	7,26	5,843	0,611
	Não	52	7,06	6,676	
Doença	Sim	70	7,39	6,256	0,408
	Não	17	6,12	6,670	
Polimedcado	Sim	51	8,71	6,227	0,03
	Não	36	4,92	5,838	

A comparação das médias de sintomatologia ansiosa entre pessoas idosas medicadas ou não com os diferentes tipos de fármacos revelou que apenas existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,006$) entre os que tomam e não tomam antidepressivo, tal como se pode observar na Tabela 8. Ou seja, as pessoas idosas medicadas com antidepressivo apresentam mais sintomatologia ansiosa do que os não estão medicados. Não foram encontradas outras diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia ansiosa entre as restantes classes de fármacos.

Tabela 8 - Resultados para a comparação de médias dos resultados da GAI e a classe de fármacos realizada (n=87)

		N	Média	Desvio Padrão	p
Anti hipertensor	Sim	59	7,34	6,318	0,603
	Não	28	6,71	6,417	
Antidislipidémico	Sim	35	7,34	6,310	0,882
	Não	52	7,00	6,383	
Antidiabético	Sim	14	6,57	6,536	0,602
	Não	73	7,25	6,317	
Inibidor da bomba de prótons	Sim	39	8,31	6,538	0,110
	Não	48	6,19	6,038	
Ansiolítico	Sim	37	8,22	6,688	0,159
	Não	50	6,34	5,975	
Antidepressivo	Sim	20	10,60	6,361	0,006
	Não	67	6,10	5,972	

4. Discussão

Este estudo baseia-se em dados provenientes de uma amostra de conveniência, o que implica importantes limitações na leitura e discussão dos resultados. Contudo, e assumindo essas limitações, os resultados obtidos levantam importantes questões que poderão levar ao desenvolvimento de investigações futuras com amostras representativas.

Em relação às características da amostra do estudo, constata-se que é maioritariamente composta por idosos do sexo feminino (61,5%). Esta distribuição encontra-se de acordo com as estimativas, do Instituto Nacional de Estatística (INE, recenseamento 2011), onde nesta faixa etária o número de mulheres é superior ao de homens (14,15). Relativamente à literacia constatou-se que 14,3% dos indivíduos eram analfabetos. Esta percentagem é bastante mais alta do que a taxa de analfabetismo a nível nacional, obtida nos Censos de 2011 que foi de 5,2% (15). Em relação à percentagem de institucionalizados a nível nacional, em 2004, existiam 56.535 pessoas idosas institucionalizadas em 1517 lares de terceira idade legais, representando 3.2% das pessoas idosas (INE, 2007) (14). Na amostra deste estudo, a percentagem de pessoas residentes em lares é muito superior, sendo cerca de 40,7% dos indivíduos.

Relativamente ao estado de saúde dos participantes do estudo, a maioria dos participantes apresenta patologia do foro das doenças cardiovasculares (51,6%), o que se encontra em conformidade com os dados dos Observatórios Regionais de Saúde (SIARS) de 2016 para a região centro, onde as doenças cardiovasculares aparecem como as mais prevalentes na região. Por ordem decrescente de prevalências, neste estudo surgem as doenças respiratórias, osteoporose, diabetes *mellitus* e doenças neurológicas. No que concerne a estas prevalências relativamente a dados da região centro encontramos algumas diferenças sendo que a seguir às doenças cardiovasculares, apresentam-se como mais prevalentes a diabetes, a osteoporose e só depois doenças respiratórias e neurológicas (23).

No que concerne à sintomatologia depressiva, constatou-se que a maioria dos idosos deste grupo apresentava depressão (83,3%). Esta patologia é referida na literatura como sendo uma das perturbações mentais mais comuns nesta idade, apesar de ser sublinhado que não é parte integrante do fenómeno natural de envelhecimento. Este resultado está de acordo com estudos semelhantes em Portugal (16), contudo, os valores indicados na literatura são muito inferiores aos constatados neste estudo. Por exemplo em Portugal segundo o estudo realizado em 2012 por Andrade *et al*, (16) aponta-se para uma incidência de sintomatologia depressiva numa amostra de 280 idosos portugueses, de cerca de 50,4%. Noutros países, por exemplo, segundo o estudo realizado com cerca de 1300 idosos por Blaze *et al* em 1987, cerca de 27% dos idosos reportaram sintomatologia depressiva (24). O facto do valor obtido, neste estudo, ser bastante mais elevado, poderá estar relacionado com o número significativo de

institucionalizados na amostra (40,7%), no entanto ao contrário do que seria de esperar, nesta amostra os institucionalizados apresentam menos sintomatologia depressiva comparativamente com os não institucionalizados, surgindo assim a questão, se neste caso a institucionalização foi um fator protetor. Para além disto, a participação neste estudo foi voluntária e possivelmente os indivíduos que aceitaram participar foram os que tinham maior necessidade de ser escutados e conseqüentemente apresentariam mais sintomatologia depressiva.

A depressão, em termos mundiais, é mais prevalente no sexo feminino (5,1%) do que no masculino (3,6%) e, apresenta variabilidade entre as regiões da OMS (1). Para além disso, as taxas de prevalência variam de acordo com a idade, atingindo o pico na idade adulta mais avançada (acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens). (17) Em Portugal e segundo os dados dos Observatórios Regionais de Saúde, na população geral, as perturbações depressivas apresentam uma maior prevalência em mulheres (16,1%) do que em homens (4,4%). Segundo estudos realizados em Portugal, como por exemplo por Gaspar *et al*, numa amostra de 186 idosos a taxa de prevalência de depressão é superior nas mulheres (51%) comparativamente aos homens (40%), tendência que é corroborada por outros estudos (16,24,25). Neste estudo em média os homens apresentam mais sintomatologia depressiva (GDS Total=20,13; DP=5,655), do que as mulheres. Ou seja, estes resultados não corroboram com a vasta literatura que indica que as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva no geral, e em particular nas pessoas mais velhas. O processo de tipificação de género a que a pessoa está sujeita ao longo do desenvolvimento, explica que às mulheres é socialmente mais aceite queixarem-se e expressarem diferentes sintomatologias, nomeadamente depressiva. Os resultados deste estudo, porém, ao sugerirem resultados no sentido inverso, podem traduzir alguma mudança nos papéis de género relativamente à saúde que vai permitir e estimular o homem a expressar e assumir sintomatologia depressiva.

Numa primeira análise seria de esperar que os idosos institucionalizados apresentassem mais depressão. De acordo com a literatura em geral, existe uma maior sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados face aos não institucionalizados. No entanto existem alguns estudos que divergem quanto ao facto de idosos institucionalizados apresentarem níveis de depressão e ansiedade mais elevados que os idosos que não se encontram sob essa condição (19,20,25). Neste estudo existem diferenças na sintomatologia depressiva em institucionalizados e não, observando-se que os institucionalizados não apresentam mais depressão que os não institucionalizados. Esta ideia ao contrário do que seria esperado corrobora com alguns estudos já realizados em Portugal, por exemplo por Almeida e Quintão em 2012, (26) onde os idosos institucionalizados não apresentavam mais depressão mesmo sendo menos independentes. Apesar disto salvaguarda-se que o resultado obtido neste estudo provém de uma amostra de conveniência e pode apenas indicar-nos que as pessoas

institucionalizadas, disponíveis para participar do estudo, seriam os que estava em melhor estado anímico. Por outro lado, podemos estar a assistir a uma mudança de paradigma no que concerne à institucionalização, onde se põem de parte os fatores negativos associados à perda de autonomia e se salientam aspetos positivos como a maior interação social entre os idosos, combatendo os sentimentos de solidão e tristeza. A realização de um estudo mais aprofundado quanto à relação com a escolaridade e ainda com a situação económica, e a existência ou não de cuidador, poderão complementar eventualmente, com o facto de os indivíduos se sentirem mais protegidos.

Quanto à sintomatologia ansiosa constatou-se que 35,6% dos idosos apresentavam ansiedade. De acordo com a literatura existe uma menor prevalência de perturbações da ansiedade entre as pessoas mais idosas do que nas faixas etárias mais novas (3). A proporção da população global com perturbações de ansiedade em 2015 foi estimada em 3,6% (17). Tal como acontece com a depressão, este espectro de patologia é mais comum entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens, a nível global) (17). No entanto, e apesar de nesta amostra as mulheres apresentarem em média mais sintomatologia ansiosa que os homens, esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,765$). Este resultado à semelhança da tendência observada na sintomatologia depressiva, pode sugerir algumas alterações nos papéis de género nos “novos” idosos e na sua expressão das sintomatologias depressiva e ansiosa.

Em relação à medicação, neste estudo constatou-se que a maioria dos indivíduos estava medicada (90,1%) sendo que a média de medicamentos tomados foi de 5,44 (DP=3,667), valor mais elevado do que o obtido, por exemplo no estudo realizado por Cima *et al* em 2011, onde a média de medicamentos por utente, num centro de saúde, foi de 2,94. (5) Nesta amostra a maioria dos indivíduos estava polimedicada (58,2%) ou seja, estes idosos tomavam 5 ou mais medicamentos diariamente, valor concordante com estudos nacionais por exemplo num estudo, realizado em 2011, por Pires *et al*, de uma amostra composta por 51 idosos de um centro de dia, 63% tomavam 5 ou mais medicamentos (28). Já o Instituto Superior de estatística e gestão de informação em 2010, ao realizar um estudo em território nacional, relatou uma prevalência de polimedicação, em indivíduos com idade superior a 64 anos, de 18,8% (29).

Quanto às classes de fármacos mais utilizadas salientam-se os anti-hipertensores (68,10%), seguidos de psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos). Estes resultados são concordantes com outros estudos realizados a nível nacional que indicam que os anti hipertensores são dos grupos de medicamentos mais utilizados (51,6%) (5,18,29).

Constatou-se que indivíduos polimedicados apresentavam um nível médio de sintomatologia depressiva inferior aos não polimedicados, com significância estatística. Este resultado vai no sentido contrário ao que foi observado por Elseviers *et al*, que averiguou que a relação da

polimedicação com a depressão, estava associado a um aumento da quantidade de medicamentos tomados, ou seja, quanto mais medicamentos mais depressão (30). Devemos levar em consideração o facto de cerca de 23,1% dos indivíduos da mostra deste estudo consumirem antidepressivos, o que poderá influenciar o resultado. Existem poucos estudos que investiguem a relação entre sintomatologia depressiva e polimedicação, em parte porque se torna difícil a distinção da relação causa-efeito entre ambas. A depressão tanto poderá resultar do efeito adverso da restante medicação ou poderá ser consequência da carga psicológica da doença de base e toda a terapêutica associada.

A comparação das médias de sintomatologia depressiva entre pessoas idosas medicadas ou não com os diferentes tipos de fármacos revelou que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os que tomam e não tomam antidepressivo. Ou seja, quem toma antidepressivo apresenta menos sintomatologia depressiva, comparativamente com quem não o faz. Isto parece corroborar com a noção dos benefícios da terapêutica farmacológica dirigida, na pessoa idosa com sintomas depressivos (3).

Para além disto constatou-se que indivíduos polimedicados apresentavam um nível médio de sintomatologia ansiosa superior, aos não polimedicados, resultado este com significância estatística. Aqui mais uma vez, surge a questão levantada, anteriormente na depressão, sobre a relação causa-efeito da medicação e ansiedade.

A comparação das médias de sintomatologia ansiosa entre pessoas idosas medicadas ou não com os diferentes tipos de fármacos, mais uma vez, apenas revelou diferenças estatisticamente significativas entre os que tomam e não tomam antidepressivo. Neste caso os que não tomam antidepressivo apresentavam menos ansiedade. Esta situação poderá estar relacionada, com o facto de os antidepressivos melhorarem o humor do idoso, permitindo que o estado subjacente de ansiedade se manifeste, daí que os que tomam antidepressivo se apresentem mais ansiosos.

A depressão e a perturbação ansiosa são patologias que frequentemente se podem encontrar relacionadas (3). Porém, neste estudo constatou-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa, que não era esperada, que indica que a sintomatologia depressiva aumenta à medida que a sintomatologia ansiosa diminui que não corrobora com a maioria da literatura (27). Estes resultados destacam que, embora a ansiedade e depressão apresentem sintomas comuns, estas patologias podem apresentar cursos distintos e podem apresentar valores aparentemente mais independentes. Na amostra observou-se uma elevada prevalência de indivíduos medicados, e medicados com psicofármacos utilizados para o tratamento de depressão e ansiedade, o que pode introduzir um importante viés neste resultado, uma vez que a realização desta medicação pode mascarar o estado anímico de base.

É de salientar que muitos medicamentos podem causar sintomas psiquiátricos, mas a conexão causal é muitas vezes difícil de estabelecer. Sintomas psiquiátricos que surgem durante o tratamento medicamentoso podem também dever-se a doença de base, psicopatologia prévia não conhecida, ou fatores psicossociais (6). Neste estudo observamos que entre os polimedicados há diferenças estatisticamente significativas tanto na sintomatologia depressiva como na ansiosa. Porém em sentidos inversos. Os polimedicados têm menos sintomatologia depressiva, mas, por outro lado, mais ansiedade, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, neste estudo parece haver uma relação entre a polimedicação e a sintomatologia depressiva mais reduzida, mas, por outro lado, os resultados também sugerem que a polimedicação pode estar relacionada com mais ansiedade na velhice.

Quando se analisam as diferenças entre classes de fármacos, tanto no GAI como na GDS, só se encontram diferenças estatisticamente significativas em relação aos antidepressivos. Assim, observa-se que participantes medicados com antidepressivo têm menos depressão e mais ansiedade. Anteriormente já foi referido que isto parece corroborar com a noção dos benefícios da terapêutica farmacológica dirigida, na pessoa idosa com sintomas depressivos (3). Mas levanta-se a questão da relação entre a medicação antidepressiva e a sintomatologia ansiosa. No entanto relembra-se as limitações concernentes ao estudo, nomeadamente, tratar-se de uma amostra de conveniência. Para além disso neste estudo não se faz a comparação de grupos clínicos, por exemplo, com e sem ansiedade, para realmente compreender as diferenças.

5. Potencialidades e Limitações

5.1. Potencialidades

Este estudo é inovador ao cruzar dimensões da saúde mental, com a parte biomédica, nomeadamente farmacologia. Tendo em consideração, que se conhecem algumas reações adversas do foro psiquiátrico das muitas classes de medicamentos abordadas, revela-se interessante tentar perceber se existem diferenças entre aqueles que estão polimedicados e não. Este estudo realizado com participantes com idade igual ou superior a 65 anos, foi baseado na sua perceção do seu próprio estado de saúde, e revelou um grupo de idosos, com elevada prevalência de depressão e ansiedade, o que chama a atenção para a importância de estudos neste âmbito.

5.2. Limitações

O estudo realizado baseou-se numa amostra por conveniência, ou seja, os indivíduos selecionados estavam prontamente disponíveis, não tendo sido utilizado qualquer critério estatístico para a sua seleção. Com isto foi possível uma maior facilidade operacional e baixo custo da amostragem, no entanto salvaguarda-se a falta de representatividade da amostra, daí que não é possível fazer afirmações gerais com rigor estatístico sobre a população. Um problema importante a assinalar é o facto de não ser possível utilizar ferramentas estatísticas como a margem de erro e o nível de confiança para medir a precisão dos resultados. Para além disso, a dimensão da amostra (N=91), pode ser considerada pequena, devido talvez a dificuldades inerentes à recolha, ficando mais uma vez colocada a questão da representatividade, devendo-se aumentar o número de participantes em investigações futuras. Uma outra limitação metodológica que se impõe reside no modo de avaliar. Perante uma investigação somente quantitativa o único modo de avaliar são os instrumentos, sendo que, por melhor que se encontrem validados e adaptados, basearmo-nos unicamente em números para deduzir uma patologia do foro mental é questionável.

Outra grande limitação deste estudo relaciona-se com o facto de a informação recolhida, relativamente à medicação e patologias ser baseada unicamente no autorrelato dos participantes, e de não se ter tido acesso aos dados clínicos que confeririam maior rigor a estes dados.

Destaca-se ainda, como limitação, a elevada heterogeneidade da própria amostra em estudo onde temos idosos institucionalizados e residentes na comunidade. De facto, salvaguardou-se como critérios de inclusão a idade e a ausência de défice cognitivo mas não se assumiram outros critérios que garantissem uma maior especificidade e homogeneidade da amostra que permitisse uma discussão mais contextualizada e centrada nas características do grupo.

6. Conclusão

O envelhecimento é inevitável e torna-se premente alargar a área de estudo no sentido de promover qualidade de vida e saúde, àquela que se está a tornar a faixa etária dominante nas nossas sociedades.

Os resultados deste estudo apontam que, de um modo geral, estamos perante uma elevada prevalência da sintomatologia depressiva e, apesar de mais reduzida, uma considerável presença de sintomatologia ansiosa entre os participantes.

Por outro lado, este estudo alerta, também, para o elevado número de pessoas idosas polimedicadas, lembrando-nos a importância de promover estudos no sentido de incentivar uma prescrição consciente pelos profissionais de saúde, a fim de evitar todas as adversidades que podem advir de terapêutica excessiva.

Outra conclusão importante é a de que indivíduos polimedicados apresentavam menos sintomatologia depressiva e mais sintomatologia ansiosa. Para além disto, parece haver benefícios da terapêutica farmacológica dirigida na pessoa idosa com sintomas depressivos.

A existência de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa, entre polimedicados e não, alerta para a necessidade de se desenvolverem estudos específicos sobre as interações entre os fármacos com amostras representativas.

Assim, é importante que sejam realizadas investigações com amostras representativas no âmbito da saúde mental na velhice, uma vez que os resultados desta investigação são alarmantes. É fundamental, perceber também a relação da saúde mental na velhice com as terapêuticas farmacológicas realizadas, no sentido de evitar a polimedicação prejudicial e assim melhorar a qualidade de vida dos idosos. Mais ainda, tentar compreender o impacto que a sobrecarga medicamentosa tem sobre a saúde psíquica de um indivíduo particularmente o idoso, que só de si apresenta características particulares, potenciadoras de estados anímicos alterados, nomeadamente depressão e ansiedade.

7. Bibliografia

1. World Health Organization. Mental health and older adults, Fact sheet [Internet]. 2017 [cited 2017 agosto 9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
2. Direção-Geral da Saúde. Principais Indicadores da Saúde para Portugal [Internet]. 2012-2016 [cited 2017 setembro 30]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/principais-indicadores-da-saude-para-portugal.aspx>
3. Robert L Kane, Joseph G Ouslander, Itamar B Abrass. Geriatria clinica. 5 ed. Rio de Janeiro: McGrawHill; 2004.
4. Alan M Adelman, Mel P Daly, 20 Common Problems in Geriatrics. 1ed. Nova Iorque: McGrawHill; 2000.
5. Cima C, Freitas R, Lamas M, Mendes C, Neves A, Fonseca C. Consumo de medicação crónica: Avaliação da prevalência no norte de Portugal. Rev Port Med Geral e Fam. [Internet]. 2011 [cited 2017 agosto 10]; 27(1):20-27. Available from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10815>
6. Letter TM. Drugs That May Cause Psychiatric Symptoms. 2002 July 08 (1134): 2002; 44:59-62.
7. Pocinho MTS, Mphd CF, Carlos A, Mphd D, Lee TT, Yesavage JA. Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS). 2011; (October). doi:10.1080/07317110802678680.
8. Ribeiro O, Sciences E, Service PA, Service P. Aging & Mental Health Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory : Transcultural adaptation and psychometric validation. 2011; (September):37-41. doi:10.1080/13607863.2011.562177.
9. Galvão. Polimedicação no idoso. Saude dos Idosos. 2006; 747-752.
10. Murteira B, Ribeiro C, Silva J, Pimenta C. Introdução à estatística. Lisboa: McGraw-Hill; 2001.
11. Poeschl, G. Análise de dados na investigação. Coimbra: Almedina, 2008.

12. Verissimo, Manuel Teixeira. *Geriatrics Fundamental*. Lisboa: Lidel; 2014.
13. Guerreiro M SABM. Translation and adaptation of the MMSE to the Portuguese population. *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994; p. 1:9-10.
14. Instituto Nacional de Estatística. População residente (censo 2011), por sexo e por grupo etário. [Internet] [cited 2017 setembro 30]. Available from: https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4
15. Ministério da Saúde. *Perfil Local de Saúde 2016 - ACES Cova da Beira*; 2016.
16. Chaves C, Pereira A, Martins R, Duarte J, Nelas P, Coutinho E. Depressão no idoso e inteligência emocional. *Psicologia Saúde e Doenças - Resumos do 9º congresso Nacional de Psicologia da Saúde*; 2012.
17. Programa Nacional para a Saúde Mental. *Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento Global e Nacional*; 2015.
18. Silva P, Luís S, Biscaia A. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2004;20(3):323-336. [cited 2017 setembro 30]. Available from: [http://www.rpmgfp.pt/ojs/index.php?journal=rpmgfp&page=article&top=view&path\[\]=10041](http://www.rpmgfp.pt/ojs/index.php?journal=rpmgfp&page=article&top=view&path[]=10041)
19. Almeida, M. C. M. *Ansiedade, Depressão, Ideação suicida, Coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados: Dissertação de Mestrado não publicada*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Faculdade de Psicologia, 2011 [cited 2017 dezembro 12]. Available from: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1696>
20. Azevedo, J. V. *Prevalência de Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná Rondônia: Dissertação de mestrado não publicada*. Brasil: Universidade de Brasília, 2009 [cited 2017 dezembro 12]. Available from: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_22e1d5d00adf1c3e2457de13540089ff
21. Morgado J, Rocha CS, Maruta C, Guerreiro M, Martins IP. New Normative Values of Mini-Mental State Examination *Novos Valores Normativos do MMSE* *Novos Valores Normativos do MMSE*. 2009;9:19-25.

22. Martín-Pérez M, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Jiménez-García R, Jiménez-Trujillo I, Palacios-Ceña D, et al. Prevalence of polypharmacy among the population older than 65 years in Spain: Analysis of the 2006 and 2011/12 National Health Surveys. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;52(1):2-8.
23. Perfil Regional de Saúde 2016 [Internet]. Região de Saúde do Centro. [cited 2017 setembro 30] Available from: http://www.arscentro.minsaude.pt/microsites/PeRS2016/PeRS_Centro_2016_v2.htm
24. Blazer D, Hughes DC, George LK. The Epidemiology of Depression in an Elderly Community Population 1. 1987;27(3):281-7.
25. Miguel N, Gaspar S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. 2011;49-58.
26. Almeida Lurdes, Quintão Sónia. Depressão e Ideação suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Med Port;* 2012 Nov-Dec; 25(6):350-358.
27. Néri al. Relations between anxiety , depression and hopelessness among elderly groups relación entre ansiedad , depresión y desesperanza. 2006;351-9.
28. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista portuguesa de clínica geral.* 2011;27:176-82.
29. Instituto superior de estatística e gestão de informação. O consumo de medicamentos e a polimedicação em Portugal. Universidade Nova de Lisboa; 2010. [cited 2017 setembro 30] Available from: http://www.isegi.unl.pt/docentes/vlobo/Publicacoes/3_29_SPE2010_polimidicao.pdf
30. Elseviers MM, Vander Stichele RR, Van Bortel L. Drug utilization in Belgian nursing homes: impact of residents' and institutional characteristics. *Pharmacoepidemiology and drug safety.* 2010;19(10):1041-8.

8. Anexos

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde



PARECER

Processo: CE-FCS-2016-022

Tema Projecto/Proponente: "Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina - CHB" – Exmo. Senhor Prof. Doutor Henrique Pereira

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 29 de Junho de 2016

O Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor José Martinez de Oliveira



Anexo II

Questionário Sociodemográfico

Parte 1 - Dados Sociodemográficos

1. A sua idade? _____
2. O seu género sexual?
 Homem Mulher Outro: _____
3. O seu estado marital atual?
 Casado(a)
 Solteiro(a)
 Divorciado(a)/Separado(a)
 Viúvo(a)
 Unido(a) de facto
 Tenho um namoro/ Compromisso afetivo
 Outra: _____
4. Qual é o seu local de residência?
 Uma pequena cidade Uma grande cidade Um pequeno meio rural
 Um grande meio rural
5. Qual o seu nível de escolaridade?
 Até 4 anos de escolaridade
 Até 9 anos de escolaridade
 Formação universitária (Licenciatura/Bacharelato)
 Formação universitária (Mestrado /Doutoramento)
 Outra: _____
6. Qual é a sua situação profissional?
 Desempregado(a)
 Estudante
 Trabalhador(a)-estudante
 Trabalhador(a) por conta de outrem
 Trabalhador(a) por conta própria
 Reformado(a)
Outra: _____
7. Neste momento, encontra-se institucionalizado?
 Sim Não
8. Se sim, usufrui de que tipo de regime?
 Residente Serviço de Apoio Domiciliário Centro de dia
9. Tem alguma doença diagnosticada
 Sim Não

10. Quais das seguintes condições já lhe foram diagnosticadas:

Doenças cardiovasculares

Osteoporose

Diabetes Tipo II

Problemas Oncológicos

Local/Orgão: _____

Doenças Neurológicas.

Quais: _____

Doenças Respiratórias.

Quais: _____

Outras: _____