



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE_2018

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Catarina Ferreira Duarte
(e-mail: jessica-catarina@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

A percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Catarina Ferreira Duarte
(e-mail: jessica-catarina@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra
2018



Resumo

A percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

A população geriátrica depara-se com eventos negativos como a doença física, perda de familiares e amigos, diminuição da interação social e escassos recursos económicos. O acumular destes eventos negativos aumenta a prevalência da sintomatologia ansiosa e depressiva, com a prevalência de 12% para a sintomatologia depressiva e de 3.2% a 14.2% para a sintomatologia ansiosa em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

A percepção de saúde é um importante indicador de saúde e da expectativa de vida saudável, sendo a deterioração da saúde física um dos fatores de risco da sintomatologia depressiva e ansiosa.

O apoio social é considerado um fator de proteção para a sintomatologia depressiva e ansiosa na população geriátrica, sendo pertinente estudar o efeito deste na relação entre a percepção de saúde e o apoio social.

No presente estudo participaram 724 indivíduos portugueses com idades entre os 60 e 93 anos, 59 desses indivíduos pertenciam a uma amostra clínica de doentes com perturbações emocionais, seguidos em consulta de Gerontopsiquiatria e 665 pertenciam à amostra da população geral. Participaram no presente estudo através do preenchimento de um protocolo com instrumentos de autorresposta que avaliam a percepção de saúde (*Short Form - 6 Health Survey*), o apoio social (construído para o efeito), a sintomatologia ansiosa (*Geriatric Anxiety Inventory – GAI*) e a sintomatologia depressiva (*Geriatric Depression Scale – GDS*).

Nas correlações de *Pearson* encontraram-se associações positivas e significativas entre a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiosa, assim como entre o componente físico da percepção de saúde e o apoio social nas amostras da população geral e de doentes com perturbações emocionais. Encontraram-se igualmente associações negativas e significativas entre os componentes físico e mental da percepção de saúde com a sintomatologia depressiva e ansiosa na amostra da população geral.

Um dos contributos do presente estudo foi a observação do efeito moderador do apoio social na relação entre o componente físico da percepção de saúde e a sintomatologia depressiva no género feminino na amostra total ($n = 724$), confirmando que o apoio social é um fator de proteção contra a sintomatologia depressiva, principalmente em mulheres com baixa percepção de saúde física.

Os resultados revelaram implicações clínicas na prevenção e no tratamento da sintomatologia depressiva e ansiosa em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, demonstrando a importância de promover o recurso do apoio social para amortecer o impacto de uma percepção de saúde pobre.

Palavras chave: sintomatologia depressiva; sintomatologia ansiosa; percepção de saúde; efeito moderador; idosos

Abstract

The perception of health and the depressive and anxious symptomatology in the elderly: a study of the moderating effect of social support

The geriatric population comes across negative events such as physical illness, the loss of family and friends, the decrease of social interaction and the scarce economical resources. The accumulation of these negative events increases the prevalence of anxious and depressive symptomatology, with a prevalence of 12% for the depressive symptomatology and from 3.2% to 14.2% for anxious symptomatology in people with ages equal or superior to 65. The perception of health is an important indicator and of the expectation of a healthy life. The deterioration of physical health is one of the risk factors of the depressive and anxious symptomatology. Since the social support is considered a protection factor for depressive and anxious symptomatology in the geriatric population, it is pertinent to study the effects of this relation between health perception and social support.

In the present study, 724 Portuguese individuals with ages between 60 and 93 years old specifically, 59 individuals were patients with emotional disturbances which were followed in Gerontopsychiatry consultations and 665 individuals belonging to the general population. They contributed to the study by the filling of a self-answer protocol that evaluates the perception of health (Short Form - 6 Health Survey), social support (made for this effect), anxious symptomatology (Geriatric Anxiety Inventory — GAI) and depressive symptomatology (Geriatric Depression Scale — GDS). The comparison of the samples from the general population and from the patients with emotional disturbances revealed, we find positive and significant associations between depressive symptomatology and anxious symptomatology, as well as between the physical component of health perception and the social support. We also found negative and significant associations between the physical components and the mental perception of health with the depressive and anxious symptomatology in the sample from the general population. One of the contributions of the present study was the observation of the moderating effect of the social support between the physical component of the perception of health and the depressive symptomatology in the total female gender sample ($n = 724$), confirming the social support as a factor in the protection against the depressive symptomatology, especially in women with lower health perception. The results revealed clinical implications in the prevention and treatment of the depressive and anxious symptomatology in people with ages equal or superior to 60 years old, which demonstrated the importance of promoting the use of social support to dampen the impact of poor health perception

Key words: depressive symptomatology; anxious symptomatology; health perception; moderating effect; elderly.

Agradecimentos

Um enorme agradecimento à Professora Ana Paula Matos, pela partilha de conhecimentos, preocupação, paciência, esforço e também pela sua exigência ao longo deste percurso. Ao professor José Joaquim, também pela partilha de conhecimento, mas principalmente pela boa disposição que fez com que esta tese tivesse um sabor menos amargo e mais doce.

Ao Doutor Horácio Firmino, agradeço pela possibilidade de recolher a amostra clínica, abrindo o seu gabinete não só para a recolha, mas para mais conhecimento na área de geriatria.

A todos os idosos que participaram neste estudo, um eterno agradecimento. Que se disponibilizaram para dar uma parte do vosso tempo para responder a este extenso protocolo, mas também por partilharam comigo as vossas dificuldades.

A todas as instituições e colegas que colaboraram neste projecto, agradeço pelo vosso contributo e disponibilidade para ajudar nesta etapa tão importante.

Aos professores com quem tive a oportunidade de aprender e crescer não só a nível académico, mas também a nível pessoal. Pela partilha de conhecimentos, pelo profissionalismo...

À Doutora Margarida Viana, pelas experiências proporcionadas de valor inestimável, por ouvir os meus desabafos, pela amizade, por acreditar que iria conseguir! Mais que uma excelente profissional, uma excelente pessoa.

Aos amigos que estiveram comigo neste longo percurso, nos bons e maus momentos, que sentiram as minhas tristezas, ouviram as minhas preocupações, e que essencialmente aturam-me, mas que também contribuíram para a pessoa que sou e para o sucesso deste projecto. Um especial obrigado à Sam, que nos momentos que duvidei da minha capacidade e das minhas competências, conseguiu lembrar-me de todas as conquistas que consegui até ao presente dia, *“Tu consegues sempre, Jessy”*. À Telma, a pessoa com a capacidade de conseguir ver sempre o lado positivo em todos os momentos, mesmo quando eu não consegui ver, permitiu que não desistisse. Obrigada pela amizade, pelos intermináveis telefonemas, pela compreensão, por tudo. À Maria João, com quem partilhei grande parte dos desafios e obstáculos que encontrei neste projecto, mas também a nível pessoal. À minha açoriana Kiki, com quem partilhei os desafios deste ano último ano e que contribuiu para o gosto da psicogeriatría. Obrigada pela amizade, companheirismo e a partilha de sonhos, desafios e viagens de comboio.

Ao Sr. António e à D. Manuela, que agradeço com lágrimas nos olhos e digo: *“A vossa riqueza, conseguiu!”*. Por todos os valores, momentos, palavras que me deixaram antes de partirem, assim como os indescritíveis beijinhos e os abraços de *“urso”*. Dedico esta conquista a vocês, que sempre acreditaram em mim e que sabiam que este dia iria chegar.

À restante família Sá Leonardo, principalmente à Alexandra que ouviu cuidadosamente os meus desafios ao longo do meu desenvolvimento e que

quis deixar um contributo significativo neste estudo. Obrigada por acreditarem em mim...

À minha tia Ilda, a minha verdadeira mãe que permitiu que este dia chegasse, dando o apoio da forma tão característica dela, mas que sempre soube bem. À pessoa com a voz, que consegue acalmar-me em todos os momentos de desespero, que sentiu as minhas dores como fossem as dela. À pessoa que acreditou sempre em mim, que se orgulha de coração cheio e que contribuiu para a pessoa que sou hoje. À pessoa que permitiu que este sonho fosse alcançado, um eterno agradecimento.

A ti Coimbra, eterna Cidade dos Estudantes, que me acolheste, que me viste crescer nestes cinco anos. Por seres eterna Saudade! Obrigado e um Até já!

*“Nos teus braços vejo o Mundo,
Sem pressa de embarcar.
Agora que chega a hora
Surge a memória
Do que vivi aqui.
Coimbra, aí quem me dera
Parar o tempo e ficar...”*
(Balada de Despedida, 2015)

Índice

Introdução	2
I – Enquadramento conceptual	3
1.1. A sintomatologia depressiva e ansiosa	3
1.2. A importância do apoio social na sintomatologia depressiva e ansiosa ..	5
1.3. A perceção de saúde e o papel do apoio social	8
II – Objetivos	10
III – Metodologia	11
3.1. Participantes	11
3.2. Instrumentos	13
3.3. Procedimentos de recolha de dados	16
3.4. Estratégia analítica	16
IV – Resultados	18
4.1. Análise preliminar dos dados	18
4.2. Estudo das diferenças entre géneros.....	19
4.3. Estudo das diferenças entre os grupos etários	21
4.4. Estudo das diferenças entre amostra clínica com perturbações emocionais e amostra da população geral	22
4.5. Relações entre a sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, o apoio social e a perceção de saúde	23
4.6. Análise dos efeitos de moderação do apoio social na relação entre a perceção de saúde e as sintomatologias depressiva e ansiosa	25
V –Discussão	27
VI –Conclusão	31
Bibliografia	32

Introdução

Nos próximos anos a população mundial com idade igual ou superior a 60 anos irá aumentar substancialmente. Segundo os dados da *World Population Prospects* (United Nations, 2017), esta população em 2017 ultrapassou 962 milhões de indivíduos, o dobro da população envelhecida em 1982. Em 2050 espera-se que atinja quase 2,1 biliões e 3,1 biliões em 2100.

À semelhança de outros países desenvolvidos, Portugal também apresenta um aumento da população envelhecida, devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da natalidade. A longevidade acarreta desafios económicos, médicos e sociais (e.g., falta de apoio social) e por isso é necessário procurar soluções para fazer face a estes problemas (Ardakani, Baneshi, Taravatmanesh, Taravatmanesh, & Zolala, 2017; Barros, Gomes, & Pinto, 2013; Dai et al., 2016).

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população também tem apresentado desafios na saúde mental. Os idosos deparam-se com eventos negativos na terceira idade, como a doença física, perda de familiares e amigos, diminuição da interação social e escassos recursos económicos. O acumular destes eventos negativos aumentam a prevalência da sintomatologia ansiosa e depressiva (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

Relativamente à sintomatologia depressiva, o número de indivíduos no geral com depressão no mundo aumentou 18.4% de 2005 a 2015, sendo as perturbações depressivas as que contribuíram mais para perda de saúde não-fatal em 2015 e a primeira causa de incapacidade. A prevalência da ansiedade aumentou globalmente 14.9% de 2005 a 2015, sendo as perturbações de ansiedade a sexta causa de incapacidade (Friedrich, 2017).

Estima-se que 12% dos adultos com idade igual ou superior aos 65 anos apresentam sintomatologia depressiva (Li, Theng & Foo, 2015), e que 3.2% a 14.2 % demonstram sintomatologia ansiosa (Forsell & Winblad, 1997; Ritchie et al., 2004). Em Portugal, os dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa nos diferentes grupos etários e contextos são escassos (Gustafson et al., 2013). O estudo de Sousa et al. (2017) refere que a prevalência de sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva numa amostra de indivíduos portugueses com idade igual ou superior a 65 anos atingiu 9.59% e 11.77%, respetivamente.

A sintomatologia ansiosa tem como fatores de risco, o aumento da idade, a deterioração da saúde física, o declínio cognitivo e a redução da rede social (Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008). No entanto, a literatura refere como fatores de proteção, a elevada perceção de apoio social e os níveis elevados de auto-estima (Blazer, 2005), estando os fatores de proteção associados a resultados positivos na vida do indivíduo e ao efeito amortecedor do impacto das adversidades (Greene, 2009).

Tendo em conta os escassos estudos sobre a prevalência da sintomatologia ansiosa e depressiva em Portugal e os fatores de risco, como a deterioração da saúde física, e os fatores de proteção, como o apoio social, considerou-se pertinente analisar o efeito moderador do apoio social na relação entre a perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa. E ainda o estudo de correlatos entre o apoio social, a perceção de saúde, a

sintomatologia depressiva e ansiosa numa amostra de idosos portugueses da população geral e de doentes com perturbações emocionais.

I – Enquadramento conceptual

1.1. A sintomatologia depressiva e ansiosa nos idosos

A sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiosa são prevalentes na população geriátrica e têm implicações adversas no funcionamento do indivíduo, como a redução da qualidade de vida e o aumento da mortalidade (Vink et al., 2008).

A depressão constitui a primeira causa de doença nos adultos em geral, com um acréscimo de 18% dos índices de depressão desde 2005 (OMS, 2017). As perturbações depressivas são a segunda principal causa na população geriátrica, dando o primeiro lugar às patologias cardíacas (Kennedy, 2015).

A *Organização Mundial de Saúde* (OMS) considerou a depressão como uma das primeiras causas de incapacidade entre todas as doenças (Gusmão et al., 2005), apresentando também um risco acrescido de comorbilidade e suicídio (Li et al., 2016; Zhang, & Li, 2011).

A depressão é caracterizada por humor deprimido, perda de prazer em atividades anteriormente prazerosas, sentimentos de inutilidade, fadiga e pensamentos sobre a morte ou ideação suicida (Zhang & Li, 2011).

Relativamente à população geriátrica, os idosos apresentam um quadro clínico atípico que dificulta o diagnóstico e a respetiva intervenção. A falsa crença dos profissionais, da família e do idoso de que a tristeza e a depressão fazem parte do envelhecimento (Veríssimo, 2006), a tendência dos idosos para exibir queixas somáticas constantes e a sua maior dificuldade em exprimir sentimentos de tristeza são fatores que contribuem para a dificuldade supramencionada (Firmino et al., 2016).

Os dados epidemiológicos existentes sobre a prevalência da depressão em Portugal nos diferentes grupos etários e contextos são escassos (Gustafson et al., 2013). No estudo de Vaz Serra e Firmino (1989), verificou-se que 17% da população geral exibia sintomatologia depressiva, enquanto que o *Censo Psiquiátrico Português*, em 2011, revelou uma prevalência de 14.9% (Bento, Carreira, & Heitor, 2011). O *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* em 2013, evidenciou uma prevalência durante a vida das perturbações psiquiátricas de 42.7% e das perturbações depressivas de 19.3% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Um estudo realizado com uma amostra de idosos inscritos nos centros de saúde em Portugal, com idade igual ou superior a 65 anos, identificou uma prevalência provável de 42% de sintomatologia depressiva (Sousa et al., 2010). Numa amostra de 2393 idosos, atingiu uma prevalência de 14.34%, equivalente a 11.77% da população de idosos portugueses (Sousa et al., 2017). Esta prevalência na Suécia, Dinamarca, Holanda, Alemanha, Áustria e Suíça varia de 18% a 19% em adultos com mais de 50 anos, mas em França, Espanha e Itália, a prevalência é superior, sendo aproximadamente 33% (Castro-Costa, 2007).

Além da prevalência significativa da sintomatologia depressiva, a sintomatologia ansiosa também apresenta uma prevalência que sugere que esta se tornou problemática na terceira idade. A ansiedade pode ser definida

como a antecipação de uma ameaça futura, sendo associada frequentemente a tensão muscular, comportamentos de evitamento e hipervigilância (American Psychiatric Association, 2014).

Assim como as perturbações depressivas, as perturbações de ansiedade também são de difícil diagnóstico devido à existência de frequentes comorbilidades médicas, ao declínio cognitivo e às mudanças nas circunstâncias de vida que grupos mais jovens não enfrentam. Assim como na depressão, os idosos tendem a expressar os sintomas de ansiedade como problemas médicos, ao invés de sofrimento psicológico (Firmino et al., 2016).

As perturbações ansiosas têm uma maior preponderância em idosos com problemas gerais de saúde (Dong, Chen, & Simon, 2014), problemas de sono (Koffel & Watson, 2009) e com diagnóstico de depressão (Potvin et al., 2013). As perturbações de ansiedade em idosos aumentam os riscos de redução da satisfação com a vida (Brenes, 2005) e de incapacidade física, mesmo em idosos com elevado nível de funcionamento prévio (Seeman et al., 1995). Num estudo de Scott, Mackenzie, Chipperfield e Sareen (2010), verificou-se que os idosos diagnosticados com perturbação de ansiedade procuram menos os serviços de saúde comparativamente com os idosos diagnosticados com perturbações depressivas. Os autores justificam que os idosos ou os familiares podem desvalorizar esta sintomatologia, considerando que não é necessário recorrer aos serviços médicos (Scott et al., 2010).

As taxas de prevalência de sintomatologia ansiosa na população geriátrica variam entre 15 a 20% (Wetherell, Lenze, & Stanley, 2005). Um estudo realizado com uma amostra comunitária de idosos do Canadá, demonstrou que a taxa de prevalência de sintomatologia ansiosa num período de 12 meses variou de 5.6% para 26.2% (Grenier et al., 2011). Esta prevalência é inferior aos estudos realizados na Austrália, Europa e América, com uma prevalência de sintomatologia ansiosa que varia entre 15% e 52% em indivíduos com idade superior a 60 anos (Bryant, Jackson, & Ames, 2008). Esta discrepância de valores pode ser justificada pelo uso de diferentes instrumentos de avaliação da sintomatologia ansiosa ou pelo uso de amostras com diferentes grupos etários (Kirmizioglu et al., 2009). A prevalência da sintomatologia ansiosa numa amostra portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos, em 2017, atingiu 9.59% (Sousa et al., 2017).

A perturbação mais comum na população geriátrica é a fobia específica, seguida de perturbação obsessiva-compulsiva, perturbação de ansiedade generalizada, fobia social e perturbação de pânico (Firmino et al., 2016).

Segundo Dobson e Dozois (2011), os fatores de risco são variáveis que estão associadas a uma probabilidade acrescida de um indivíduo desenvolver uma determinada condição. A literatura aponta como fatores de risco para a ansiedade geriátrica os seguintes: falta de suporte social, não ter filhos, eventos traumáticos recentes, prescrição medicamentosa, presença de doença crónica, baixos rendimentos económicos, traços de personalidade de neuroticismo, perceção de fraca qualidade de vida, aparecimento de doença grave no cônjuge, comorbilidade de outras doenças psiquiátricas e idade precoce de aparecimento da perturbação de ansiedade (Bryant et al., 2008; De Beurs et al., 2001; Lenze & Wetherell, 2011; Mackenzie et al., 2013). Para a amostra portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos, o género feminino

e a baixa escolaridade (menos de 5 anos) apresentaram-se como fatores de risco para a sintomatologia ansiosa (Sousa et al., 2017).

A literatura refere como fatores de risco para a sintomatologia ansiosa e também para a sintomatologia depressiva, o género feminino, a disfunção cognitiva, a presença de doença crónica, o aumento da idade e a baixa perceção de saúde (Schoevers et al., 2003; Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008). Em relação à sintomatologia depressiva, 10% dos indivíduos do género masculino com idades entre os 65 e os 69 encontram-se deprimidos, comparados com os 15% do género feminino. Aos 85 anos, a prevalência aumenta para 18% em ambos os géneros (Kennedy, 2015).

A literatura refere que existe uma associação significativa entre a sintomatologia depressiva e ansiosa. Byrne (2002) refere que a ansiedade está associada às perturbações depressivas e às doenças físicas. O estudo de Xavier, Ferraz, Bertolucci, Poyares e Moriguchi (2001) com uma amostra de idosos com mais de 80 anos, constatou que 10.6% dos idosos apresentavam sintomatologia ansiosa, e que esta estava associada à sintomatologia depressiva. É importante que os profissionais considerem a presença de comorbilidades entre a ansiedade e a sintomatologia depressiva.

1.2. A importância do apoio social na sintomatologia depressiva e ansiosa

Segundo Bergman et al. (1990), o apoio social refere-se à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa através dos laços estabelecidos, da frequência do contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode ser útil e que pode prestar cuidados quando é necessário.

O apoio social também pode ser definido como a perceção dos indivíduos sobre a disponibilidade, os benefícios dos cuidados e a assistência dos outros membros da comunidade (Cobb, 1976; Schwarzer & Knoll, 2007). Pode ser categorizado em (1) apoio emocional – onde os indivíduos recebem sentimentos de apoio, segurança, compreensão, aceitação e estima independentemente dos seus defeitos, erros ou limitações; (2) apoio instrumental, que é a ajuda concreta que um indivíduo recebe em termos materiais ou de serviços (e.g., receber apoio financeiro); (3) apoio informativo, receber feedback para atingir as suas metas; (4) apoio de convívio social, que leva um indivíduo a passar tempo com outros, em atividades de lazer ou culturais com os objetivos de distração, alívio de tensões acumuladas, diminuição de sentimentos de solidão e a sentir-se parte integrante de uma rede social; (5) apoio perceptivo, que pode levar um indivíduo a efectuar uma avaliação mais realista do seu problema, dando outra perspectiva e estabelecendo objectivos mais realistas. (Cohen & Will, 1985; Cutrona & Russell, 1990; Powell & Enright, 1990; Seeman & Berkman, 1988).

Weiss (1974) refere que o apoio social quando prestado pode ter como funções, (1) o estabelecimento de elos afetivos que permitem o desenvolvimento de um relacionamento mais íntimo, dando ao indivíduo maior segurança; (2) a integração social do indivíduo, permitindo que este se sinta incluído num grupo de indivíduos com interesses e preocupações semelhantes; (3) o reconhecimento do valor e da competência do indivíduo; (4) dar e receber conselhos e informações orientadoras; (5) ajudar a fomentar

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

uma relação de confiança nas expectativas de ajuda, de forma que o indivíduo passe a ser assistido incondicionalmente em contexto de crise ou em necessidade; (6) criar oportunidade ao indivíduo de oferecer cuidados a outras pessoas, o que leva a sentir-se útil e necessário para o bem-estar de terceiros.

O apoio social é fulcral para todos os indivíduos, principalmente para o bem-estar psicológico e na manutenção da saúde mental (Sun et al., 2017). Os indivíduos que obtêm maior apoio social também têm maior capacidade de adaptação ou capacidade para modificar os eventos externos que causam *stress*, promovendo um melhor ajustamento e funcionamento psicossocial (Brown & Harris, 1978). Vaz Serra (1999) refere que um indivíduo que pertence ou que tem a perceção de pertencer a uma rede social forte, que lhe dá auxílio quando necessita ou passa por acontecimentos adversos, sente de forma menos intensa as situações de *stress*.

A literatura refere que maior apoio social está associado a menor *distress* psicológico através da redução dos efeitos dos eventos negativos no indivíduo (Lin & Dean, 1984; Raffaelli et al., 2013), assim como menor sintomatologia ansiosa e depressiva nos idosos (McHugh & Lawlor, 2012).

O apoio social é considerado um fator protetor da saúde mental através do efeito direto dos benefícios das relações sociais e do efeito indireto nos eventos que causam *stress* ao indivíduo (Gariépy, Honkaniemi, & Quesnel-Vallée, 2016). Relativamente à depressão e ansiedade geriátricas, a literatura refere que o apoio social é um fator de proteção para ambos (Li et al., 2015; Stansfeld et al., 1997). Porém, o estudo de Bowers e Gesten (1986) refere que o apoio social é um fator protetor da sintomatologia depressiva, mas não da sintomatologia ansiosa.

A maioria dos estudos sobre apoio social baseiam-se na teoria de apoio social tendo em conta o *coping* e o *stress* (Lakey & Cohen, 2000). Segundo Dobson e Dozois (2011), a teoria do apoio social pode ser aplicada à depressão, referindo os seguintes pressupostos, (1) os eventos de vida aumentam o risco para o desenvolvimento de depressão; (2) os fatores de risco para a depressão diferem nos indivíduos; (3) os eventos de vida podem causar *stress* ao indivíduo, porque percecionam os eventos como ameaças e não tem respostas adequadas para lhes fazer face; (4) o risco depende das estratégias de *coping* que o indivíduo possui (e.g., evitamento, procura de apoio social, resolução de problemas); (5) o apoio social é um recurso temporalmente estável que diminui o risco proveniente dos eventos de vida, devido à influência do apoio social na avaliação e no *coping*. Além destes cinco pressupostos, alguns autores acrescentaram pressupostos como, (a) a depressão aumenta o risco dos eventos de vida (Monroe & Steiner, 1986); (b) a depressão e os eventos de vida reduzem a perceção de apoio social (Kaniasty & Norris, 1996); e (c) baixa perceção de apoio social tem um efeito direto no desenvolvimento de depressão, com e sem a presença de acontecimentos de vida negativos (Cohen & Wills, 1985).

Além do efeito protetor do apoio social nas situações de *stress*, este também pode ter efeito em situações que não exista *stress*. A literatura refere que o apoio social pode ter um efeito benéfico na saúde mental e física (e.g., redução da mortalidade, menores riscos cirúrgicos, diminuição da dor), ou que pode ter um efeito amortecedor em ocorrências de *stress*. O apoio social é

considerado um recurso que permite atenuar ou providenciar estratégias para lidar com o *stress* de forma eficiente, com menos impacto na saúde física e mental. A percepção de apoio emocional disponível está associada a efeitos benéficos na saúde mental e física, assim como um efeito amortecedor (Friedman, 2011).

A relação entre o apoio social e a resiliência foi estudada na população geriátrica, onde foi demonstrado que um elevado apoio social pode aumentar a capacidade de resiliência aos eventos negativos (Lamond et al., 2008). É possível identificar a doença física, perda de amigos ou familiares, perda de interação social, perda de autonomia, dependência de terceiros, alterações dos papéis sociais, alterações da imagem corporal, e escassos recursos económicos como eventos negativos predominantes na população geriátrica (Firmino et al., 2016; Li et al., 2015; Minkler, 1985; Penninx et al., 1998).

A rede social pode ser caracterizada pelas relações sociais disponíveis para prestar apoio em caso de necessidade e que forma uma ligação estável num grupo social. Inicialmente a rede social é constituída pela família, e alarga-se aos amigos, colegas de trabalho e conhecidos. Os familiares são os que podem providenciar apoio social mais imediato no contexto de crise, mas a longa convivência pode gerar atrito e conflito em algumas famílias, providenciando um efeito inverso ao desejável no contexto de crise. O apoio social proveniente da rede de amigos, de colegas e de conhecidos pode variar, podendo ser limitado e restrito ao grupo socioprofissional e em outros casos pode ser amplo e diversificado em termos de indivíduos a quem pode recorrer. Uma boa rede de amigos ou conhecidos, mesmo que seja limitada, se for coesa, disponível e sintónica com as dificuldades do indivíduo, pode ser de grande auxílio na resolução das suas dificuldades (Vaz Serra, 1999).

A literatura refere que as diferentes relações sociais significativas e a prestação de apoio social vão evoluindo ao longo da vida. Na terceira idade, um indivíduo pode desenvolver uma relação mais geral com os outros e em simultâneo mais focada em alguém de quem é preciso cuidar ou nos amigos que ainda vivem (Newman & Newman, 1995).

Relativamente ao apoio social, Kubzansky, Berkman e Seeman (2000), referem que o género masculino usufrui mais de apoio social que o género feminino, assim como os idosos que vivem acompanhados comparativamente com os que vivem sozinhos (Ardakani et al., 2017). Em relação ao género feminino, a literatura refere que as mulheres com baixo apoio social apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva e são mais introvertidas comparativamente com as mulheres com níveis elevados de apoio social (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983).

Em diversas faixas etárias é possível verificar o efeito do apoio social na sintomatologia depressiva. Num estudo de Wang, Cai, Qian e Peng (2014) com estudantes, verificaram que baixo apoio social afecta a relação entre o *stress* e a sintomatologia depressiva comparativamente com o grupo com níveis elevados de apoio social. Níveis elevados de apoio social podem permitir obter auto-estima e autoeficácia para lidar com as emoções negativas como a depressão (Lee, Dickson, & Holmbeck, 2014).

Uma revisão sistemática de Gariépy e colaboradores (2016) verificou que 90% dos estudos com população com idade igual ou superior a 50 anos

apresentaram uma associação significativa entre o apoio social e o efeito protetor contra a depressão, principalmente no gênero masculino. Ao comparar as fontes de apoio social, o apoio do cônjuge foi o que apresentou uma associação mais significativa na proteção contra a depressão, seguido do apoio dos amigos.

Relativamente às fontes de apoio que protegem da depressão, estas variam ao longo do ciclo da vida. O apoio parental apresenta uma associação mais consistente nas crianças e adolescentes, enquanto que o apoio do cônjuge apresenta um efeito protetor nos adultos e nos idosos (Gariépy et al., 2016). Os resultados de dois estudos longitudinais sugerem que uma relação pobre com o cônjuge (Krause, Liang, & Yatomi, 1989) ou a permanência do cônjuge num lar (Sonnenberg, van Tilburg, Vink, & Beekman, 2013) estão associados à depressão em idosos do gênero masculino. O apoio familiar pode mudar nos idosos, devido ao envelhecimento ou falecimento dos familiares e a perda de capacidade de providenciar auxílio (Gariépy et al., 2016). O apoio dos amigos é o mais consistente na proteção contra a depressão nos idosos, sendo considerado adjuvante ao suporte familiar e conjugal. É possível que o apoio dos amigos se torne o mais importante na terceira idade e o apoio familiar e conjugal o menos disponível na doença e na morte (Gupta & Korte, 1994). A literatura refere que elevada percepção de apoio social dos amigos está associada significativamente com menor sintomatologia depressiva nos idosos (Okun & Keith, 1998).

Segundo Rico (2004), a idade é um fator de risco: os indivíduos mais velhos apresentam níveis mais elevados de ansiedade e de depressão (Rico, 2004) e níveis mais baixos de percepção de apoio social, dado que existe uma diminuição da rede social (Rodrigues & Madeira, 2009).

1.3. A percepção de saúde e o papel do apoio social

Segundo Aguilar-Palacio, Carrera-Lasfuentes e Rabanaque (2015), a percepção de saúde é a variável que integra as crenças subjetivas dos indivíduos e o conhecimento atual da sua saúde. Para Mossey e Shapiro (1982), a percepção de saúde é definida pela resposta à seguinte pergunta: “*Comparado com os outros indivíduos da sua idade, como avalia a sua saúde?*”.

A percepção de saúde pode ser utilizada na avaliação da saúde de forma subjetiva, proporcionando uma medida rápida, eficaz e com custos reduzidos. Segundo a *World Health Organization*, a percepção de saúde é um importante indicador de saúde e da expectativa de vida saudável, sendo também um indicador associado ao declínio da autonomia funcional e à mortalidade na população geriátrica (Alves, Leite, & Machado, 2010; Desalvo & Muntner, 2011).

No estudo de Sposito et al. (2010) com uma amostra de 125 indivíduos com idade superior a 60 anos, foi identificado que o conceito de saúde se encontra mais associado à condição de autonomia e independência do indivíduo do que à presença ou ausência de doença. Os autores defendem que a baixa percepção de saúde pode estar relacionada com a comparação com os outros, tendo um papel importante na avaliação de saúde e na capacidade de enfrentar situações adversas sobretudo pela capacidade do indivíduo de se comparar com os outros em condições piores que a sua.

A percepção de saúde pode ser influenciada por fatores
A percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

sociodemográficos como viver sozinho (Moum, 1992), o estado de saúde física, a capacidade funcional e a saúde mental (Idler & Benyamini, 1997).

A literatura ainda refere que a idade, o género, a escolaridade, o estilo de vida, o bem-estar psicológico, o apoio social (Dai et al., 2016) e as doenças crónicas estão associados à percepção de saúde (Golini & Egidi, 2016). Quanto à idade, verificou-se que à medida que esta aumenta, diminui o nível de saúde física percebida. O aumento da idade pode influenciar negativamente a autoconfiança dos indivíduos e consequentemente influenciar negativamente a percepção de saúde (Silva et al., 2012).

Num estudo de Silva et al. (2012), com uma amostra de 909 indivíduos brasileiros com idades entre 60 e 91 anos, a frequência de idosos que referiram baixa percepção de saúde foi de 49.6%, tendo o género feminino (56.7%) reportado níveis inferiores de percepção de saúde comparativamente com o género masculino (43.3%). A presença de inatividade física, uso de medicamentos, incapacidade física, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e problemas cardíacos contribuíram para baixa percepção de saúde nos géneros feminino e masculino. A sintomatologia depressiva associou-se a baixa percepção de saúde no género feminino, enquanto que no género masculino, os fatores associados foram a viuvez, a baixa escolaridade, o aumento da idade e o défice cognitivo.

O estudo longitudinal de Hybels, Blazer e Pierper (2001), com uma amostra de 3674 idosos demonstrou que a sintomatologia depressiva apresenta uma associação significativa com a baixa percepção de saúde, as limitações físicas, o uso de medicação psiquiátrica e a baixa percepção de apoio social. A baixa percepção de saúde também é considerada um preditor de maior risco de mortalidade, comparativamente com os sujeitos que percebem positivamente o seu estado de saúde (Silva et al., 2012).

O apoio social apresenta efeitos protetores e promotores da saúde ao longo de todo o ciclo, verificando-se uma forte correlação entre o apoio social e a saúde (Ribeiro, 1999).

Segundo a literatura, a falta de apoio social na população geriátrica pode ter elevados custos na sociedade devido aos longos períodos de hospitalização e aos serviços de enfermagem ao domicílio, quando os idosos não têm cuidadores que possam ajudar na recuperação em casa (Anderson et al., 2000). A importância do apoio social na percepção de saúde, na presença de doença e na mortalidade tem sido demonstrada nos estudos realizados com a população geriátrica. Porém, a maioria destes estudos são realizados com amostras de indivíduos com doenças crónicas e não com amostras comunitárias ou representativas (Berkman, Glass, Brissette, & Seemann, 2000; Berkman, Leo-Summers, & Horwitz, 1992;).

O estudo transversal de White, Philogene, Fine e Sinha (2009), com 3706 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, demonstrou que a percepção de baixo apoio social é um fator de risco para baixa percepção de saúde em ambos os géneros. Os idosos que apenas receberam apoio emocional fora do contexto familiar não reportaram diferentes resultados de percepção de saúde comparativamente com os indivíduos que receberam apoio social do contexto familiar e de outros contextos. Mas os idosos que apenas receberam apoio social proveniente da família relataram níveis inferiores de percepção de

saúde comparativamente com os restantes idosos. Isto pode indicar que o mais importante em relação ao apoio social é a extensão da rede social, sendo este um fator promotor de melhor perceção de saúde nos idosos. Os autores também referiram como fatores de risco a escolaridade e o estado civil.

Um estudo transversal de Correia (2013) com uma amostra portuguesa de 98 idosos demonstrou que os idosos que têm perceção baixa de apoio social apresentam uma baixa perceção de saúde. Acrescentando que, quanto maior o nível de perceção de apoio social, menor o mal-estar psicológico e, quanto menor a perceção de apoio social, maior a prevalência de perturbações psiquiátricas, independentemente dos acontecimentos de vida que causam *stress* ao indivíduo. Os indivíduos que afirmaram ter uma boa perceção de apoio social assim como de saúde apresentam uma rede de apoio social de amigos e familiares que podem ajudar caso a sua saúde deteriore. 45.9% dos idosos neste estudo afirmam que a perceção de saúde influencia a rede de apoio social e 10.2% sustentam que a sua perceção de saúde influenciou pouco a relação que mantêm com a sua rede de apoio social

II – Objetivos

Tendo como base a revisão da literatura apresentada, a presente investigação pretende estudar as relações que se estabelecem entre a perceção de saúde (componente físico e componente mental), o apoio social, a sintomatologia depressiva e ansiosa e a interação do apoio social com a perceção de saúde na predição da sintomatologia depressiva e na sintomatologia ansiosa, através de uma amostra clínica de doentes com perturbações emocionais e de uma amostra da população geral, com idade igual ou superior a 60 anos. Também se pretende avaliar mais especificamente alguns aspectos como: (1) compreender de que forma o apoio social pode ser um fator protetor ou promotor da sintomatologia depressiva e ansiosa; (2) existência de diferenças estatisticamente significativas na perceção de saúde, apoio social e na sintomatologia depressiva e ansiosa, tendo em conta os fatores sociodemográficos (nomeadamente o género e o grupo etário); (3) avaliar as correlações entre a perceção de saúde, o apoio social e a sintomatologia depressiva e ansiosa; (4) avaliar o efeito moderador do apoio social na relação entre a perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Com base nos objetivos mencionados anteriormente foram desenvolvidas as seguintes hipóteses:

H1: O género feminino reporta níveis superiores de sintomatologia depressiva e ansiosa;

H2: O género masculino reporta níveis superiores de apoio social;

H3: O género feminino reporta níveis inferiores de perceção de saúde;

H4: O grupo etário com idade mais avançada reporta níveis superiores de sintomatologia depressiva e ansiosa;

H5: O grupo etário com idade mais avançada reporta níveis inferiores de perceção de saúde;

H6: Existem diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, apoio social e na perceção de saúde, de

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

acordo com a amostra;

H7: Existem correlações negativas entre a percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa. E verificam-se correlações positivas entre o apoio social e a percepção de saúde, e entre a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiosa;

H8: O apoio social tem um efeito moderador na relação entre a percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

III – Metodologia

3.1. Participantes

É constituída por 724 indivíduos que participaram de forma voluntária e anónima neste estudo através do preenchimento de um protocolo de questionários: 665 pertencem à **população geral** (cf. Quadro 1) e 59 são **doentes com perturbações emocionais** (cf. Quadro 2) (maioritariamente Depressão).

Os indivíduos da amostra da população geral apresentaram idades entre os **60 e 94 anos** ($M = 72.34$; $DP = 7.632$), sendo **57.4%** do **género feminino** ($n = 382$) e **42.6%** do **género masculino** ($n = 283$). A amostra de doentes com perturbações emocionais foi composta por indivíduos com idades entre os 60 e 85 anos ($M = 72.05$; $DP = 7.215$), sendo **72.9%** do **género feminino** ($n = 43$) e **27.1%** do **género masculino** ($n = 16$).

Quadro 1. Características da amostra total da população geral.

	Amostra total da população geral (n=665)		Grupo Masculino (n=283)		Grupo Feminino (n=382)	
	n	%	n	%	n	%
Género	665	100	283	42.6	382	57.4
Grupo etário						
60-69	259	38.9	100	35.3	159	41.6
70-79	271	40.8	122	43.1	149	39.0
80 ou mais	135	20.3	61	21.6	74	19.4
Nível Socioeconómico						
Baixo	417	62.7	160	56.5	257	67.3
Médio	182	27.4	86	30.4	96	25.1
Elevado	37	5.6	24	8.5	13	3.4
Não referiu	29	4.3	13	4.6	16	4.1
Estado Civil						
Solteiro	19	2.9	4	1.4	15	3.9
Casado/União de facto	439	66.0	231	81.6	208	54.5
Separado/Divorciado	47	7.1	17	6.0	30	7.9
Viúvo	159	23.9	31	11.0	128	33.5
Não referiu	1	0.2	0	0	1	0.3

Em relação ao grupo etário na amostra da população geral, **38.9%** (n = 259) dos indivíduos encontram-se no **grupo etário entre os 60 e os 69 anos**. **40.8%** (n = 271) dos indivíduos pertencem ao **grupo etário entre os 70 e os 79 anos** e **20.3%** (n = 135) pertencem ao **grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos**. Não se verificam a existência de diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género quanto ao grupo etário [$\chi^2_{(2)} = 2.709, p = .259$]. Na amostra de doentes com perturbações emocionais, **44.1%** (n = 26) dos indivíduos pertenciam ao **grupo etário entre os 60 e os 69 anos**. **32.2%** (n = 19) pertenciam ao **grupo etário entre os 70 e os 79** e no **grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos**, **23.7%** (n = 14) dos indivíduos encontram-se neste grupo. Não se verificam a existência de diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género quanto ao grupo etário [$\chi^2_{(5)} = 3.970, p = .554$].

Segunda a classificação proposta por Simões (1995), na amostra da população geral, **62.7%** (n = 417) dos indivíduos encontram-se no **nível baixo**, **27.4%** (n = 182) no **nível médio** e **5.6%** (n = 37) no **nível elevado**. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros [$\chi^2_{(2)} = 12.170, p = .002$] ao nível socioeconómico, especificamente no nível elevado com o género masculino ($p < .05$). A amostra de doentes com perturbações emocionais apresenta **69.5%** (n = 41) dos indivíduos num nível socioeconómico **baixo**, **23.7%** (n = 14) encontram-se no **nível médio**. Existe um indivíduo (**1.7%**) no **nível elevado**. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre géneros [$\chi^2_{(2)} = 1.055, p = .590$].

Em relação ao estado civil na amostra da população geral, **2.9%** (n = 19) são **solteiros**, **66%** (n = 439) **casados** ou em **união de facto**, **7.1%** (n = 47) **separados** ou **divorciados** e **23.9%** são **viúvos** (n = 159). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género quanto ao estado civil [$\chi^2_{(3)} = 57.126, p = .000$], especificamente no estado civil casado ou em união de facto ($p < .01$) e viúvo ($p < .001$) no géneros feminino e masculino. Na amostra de doentes com perturbações emocionais, **1.7%** (n = 1) dos indivíduos são **solteiros**, **74.6%** (44) **casados**, **6.8%** (n = 4) e **16.9%** (n = 10) são **viúvos**. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género quanto ao estado civil [$\chi^2_{(3)} = 8.979, p = .030$], especificamente no estado civil viúvo no género masculino ($p < .05$).

Quadro 2. Características da amostra total de doentes com perturbações emocionais.

	Amostra total de doentes com perturbações emocionais (N=59)		Grupo Masculino (n=16)		Grupo Feminino (n=43)	
	n	%	n	%	n	%
Género	59	100	16	27.1	43	72.9
Grupo etário						
60-69	26	44.1	7	43.8	19	44.2
70-79	19	32.2	4	25.0	15	34.9
80 ou mais	14	23.7	5	31.3	9	20.9

Nível Socioeconómico

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

Baixo	41	69.5	10	62.5	31	72.1
Médio	14	23.7	5	31.3	9	20.9
Elevado	1	1.7	0	0	1	2.3
Não referiu	3	5.1	1	6.2	2	4.7
Estado Civil						
Solteiro	1	1.7	1	6.3	0	0
Casado/União de facto	44	74.6	15	93.8	29	67.4
Separado/Divorciado	4	6.8	0	0	4	9.3
Viúvo	10	16.9	0	0	10	23.3
Perturbações emocionais						
Depressão	43	72.88	10	62.5	33	76.74
Perturbação Comórbidas	6	10.17	1	6.25	5	11.63
Perturbações de Ansiedade	4	6.78	1	6.25	3	6.98
Perturbações relacionadas com Trauma e factores de Stress	2	3.39	2	12.5	0	0
Perturbação Bipolar	1	1.69	0	0	1	2.33
Perturbação Emocional não especificada	3	5.08	2	12.5	1	2.33

Nota 1. Perturbação comórbidas = Depressão e Ansiedade (n = 3); Depressão e Perturbação Bipolar (n = 3)

3.2. Instrumentos

3.2.1. Ficha Sociodemográfica

A Ficha Sociodemográfica trata-se de um questionário de autorresposta que foi aplicado neste estudo com o objetivo de recolher informações sobre os indivíduos, incluindo: idade, género, estado civil, escolaridade, situação laboral, a profissão desempenhada durante mais tempo, seguimento em consulta de psiquiatria e/ou psicologia e diagnóstico de perturbações mentais.

3.2.2. Escala de Saúde Mental e Física - SF – 8 (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, 2005)

O SF-8 é uma versão reduzida do *MOS 36 item Short-Form Health Survey* que foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski e Gandek (1993), tendo este grupo desenvolvido posteriormente duas versões mais reduzidas, o SF-12 e o SF-8.

Este instrumento de avaliação avalia a perceção que os indivíduos têm sobre a sua própria saúde através de 8 itens. Cada item corresponde a uma das seguintes dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, e saúde mental. As dimensões avaliadas associam-se a dois grandes componentes da perceção do estado de saúde, o componente físico e o componente mental. Cada componente fornece uma nota entre 0 e 100 em que 100 representa melhor perceção de saúde e 0 pior perceção de saúde. A escala varia entre duas e seis alternativas de resposta (e.g., 1-Ótima, 2-Muito Boa, 3-Boa, 4 - Razoável, 5 - Fraca).

O SF-8 mostra-se útil na comparação entre populações gerais e específicas na avaliação da sobrecarga de doença, na diferenciação dos

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

benefícios para a saúde decorrentes de tratamentos, no rastreio de doentes individuais e nas decisões políticas e económicas para a saúde (Pais-Ribeiro, 2005).

Com objetivo de reduzir a extensão do protocolo, apenas foram utilizados os itens correspondentes às dimensões funcionamento físico (item 2), desempenho físico (item 3), saúde geral (item 1), funcionamento social (item 7), desempenho emocional (item 4) e saúde mental (item 6b). Apenas foram excluídos os itens 5 e 6a correspondentes às dimensões dor corporal e vitalidade, respetivamente. Estes itens foram escolhidos pelo seu conteúdo e pela baixa saturação na análise de componentes principais comparativamente com os restantes itens.

O componente físico do SF-8 da versão portuguesa original (Pais-Ribeiro, 2005) obteve um valor alfa de *Cronbach* de $\alpha = .710$ e o componente mental obteve $\alpha = .720$.

A consistência interna no presente estudo foi de .735 no componente mental e .749 no componente físico para a amostra total. Para a amostra da população geral apresentou um valor de $\alpha = .747$ para o componente físico e $\alpha = .711$ para o componente mental. E para a amostra de doentes com perturbações emocionais apresentou $\alpha = .640$ para o componente físico e $\alpha = .711$ para o componente mental.

3.2.3. Inventário de Ansiedade Geriátrica - GAI – 20 (Pachana et al., 2007; versão portuguesa: Espírito Santo & Daniel, 2010)

O GAI é um instrumento desenvolvido por Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley e Arnold (2007) que avalia a ansiedade na população geriátrica através de 20 itens com opções de resposta limitadas (*concordo* ou *discordo*), tendo em conta a última semana. A resposta dicotómica torna o instrumento de avaliação mais fácil de aplicar em idosos com baixo nível de escolaridade ou com declínio cognitivo ligeiro (Rozzini et al., 2009).

A pontuação total é obtida através da soma da pontuação nos 20 itens, variando entre 0 e 20 pontos, em que uma maior pontuação representa níveis superiores de sintomatologia ansiosa.

Apresenta vantagens como a possibilidade de ser auto ou hétero administrado, de resposta rápida e fácil, e com poucos itens somáticos que se poderiam confundir com problemas gerais de saúde clínica.

A versão original apresentou excelentes propriedades psicométricas com um alfa de *Cronbach* de .91 para a amostra de idosos saudáveis e de $\alpha = .93$ para a amostra psicogeriatrica. Também apresentou boa discriminação entre idosos saudáveis e idosos da amostra psicogeriatrica.

A versão portuguesa original de 20 itens (Espírito Santo & Daniel, 2010) apresenta muito boa consistência interna com um valor alfa de *Cronbach* de $\alpha = .94$, e bons indicadores de validade convergente e divergente.

No presente estudo, a consistência interna encontrada foi de .935 para a população total, de $\alpha = .931$ para a amostra da população geral e para a amostra de doentes com perturbações emocionais foi de $\alpha = .932$.

3.2.4. Escala de Depressão Geriátrica - GDS – 15 (Sheikh & Yesavage, 1986; versão portuguesa: Apostolo et al., 2014)

Neste estudo usámos a versão curta da versão original (Sheikh & Yesavage, 1986) que corresponde à que é mais utilizada internacionalmente e foi utilizada a sua tradução mais recente de Apóstolo et al., (2014). A GDS-15 é constituída por 15 itens que medem a presença de sintomas depressivos na última semana.

A Escala de Depressão Geriátrica – 15 apresenta uma escala de resposta dicotómica (*Sim* ou *Não*). Em 10 itens (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15) a resposta *Sim* é cotada com um 1 ponto e nos restantes itens (1, 5, 7, 11 e 13) a resposta *Não* é cotada com 1 ponto.

A pontuação total é obtida através da soma da pontuação nos 15 itens, variando entre 0 e 15 pontos. Considerando os pontos de corte definidos na publicação original de Sheikh e Yesavage (1986), podemos considerar a presença de depressão a partir de 5 pontos. Se a pontuação total variar entre 5 e 8 pontos, a depressão pode ser considerada ligeira, entre 9 e 11 apresenta sintomatologia depressiva moderada e se variar entre 12 e 15 pontos, o quadro depressivo é grave.

Os 15 itens na versão original mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Além da versão de 15 itens, foram desenvolvidas versões curtas da GDS com 1, 4 e 10 itens (Kim, DeCoster, Huang, & Bryant, 2013).

A GDS - 15 apresenta como vantagens a capacidade para diferenciar deprimidos de não deprimidos em idosos com doença física e com critérios de diagnóstico de demência segundo o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), e ainda para avaliar os sintomas depressivos entre indivíduos com idade superior a 85 anos de idade com uma pontuação no MMSE igual ou superior a 10.

A versão portuguesa de Apostolo et al. (2014) apresentou um valor de consistência interna de $\alpha = .830$.

No presente estudo, a consistência interna encontrada foi de $\alpha = .883$ para a amostra total, de $\alpha = .802$ para a população geral, e $\alpha = .871$ para a amostra de doentes com perturbações emocionais.

3.2.5. Escala de Percepção de Apoio na Rede Social (Matos, Costa, Duarte, Oliveira, & Rodrigues, 2018)

Para o presente estudo foi avaliado o apoio percebido em várias áreas da rede social: da família, dos vizinhos, dos amigos e dos profissionais de saúde (e.g., enfermeiros, médicos e psicólogos), através de um instrumento curto, com 8 itens, que inclui dois tipos de questões: uma sobre o número de pessoas com quem pode contar para resolver problemas do dia-a-dia e outra sobre o grau de satisfação percebido. No presente estudo utilizou-se apenas a subescala *Satisfação*, que contém uma questão (“*Que grau de satisfação tem com esse apoio?*”), para cada tipo de apoio – familiar, dos vizinhos, dos amigos e dos profissionais de saúde. A escala de resposta é de tipo Likert, de 1 a 5, onde 1 corresponde a *Nada satisfeito* e 5 a *Muito satisfeito*. Para se obter a nota total da subescala *Satisfação* efectua-se um

somatório das pontuações obtidas.

A subescala satisfação com o apoio social apresentou um valor alfa de *Cronbach* de $\alpha = .665$ para a amostra total, de $\alpha = .688$ para amostra da população geral e de $\alpha = .443$ para a amostra de doentes com perturbações emocionais.

Para avaliar se as questões elaboradas medem exatamente o que se pretende medir foi realizada uma análise de correlação de *Pearson* entre a nota total da subescala *Satisfação* da *Escala de Percepção de Apoio na Rede Social* e o total da *Escala de Apoio Social* de Matos e Ferreira (2000). Os valores de Streiner et al. (2015) foram adotados e, assim sendo, espera-se que as correlações entre o total da subescala *Satisfação* e o total da *Escala de Apoio Social* de Matos e Ferreira (2000) constem dentro do intervalo (0.4 a 0.8) para se considerar ambos os instrumentos medem construtos semelhantes. Qualquer correlação menor sugere que a validade de uma ou outra medida é inaceitavelmente baixa ou que estamos perante diferentes construtos (Streiner et al., 2015).

Encontrámos uma correlação superior a 0.40 ($r^2 = .478$, $p < .001$), o que sugere que ambos os instrumentos medem um construto semelhante (i.e., a existência de validade convergente).

3.3. Procedimentos de recolha de dados

Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e pela comissão de ética da FPCE-UC.

No presente estudo procedeu-se à administração de um protocolo de avaliação constituído pela ficha sociodemográfica e pelos instrumentos de autorresposta: SF-8, GAI-20, GDS-15 e um conjunto de questões sobre o apoio social.

A cada participante foi assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos, a exclusiva utilização dos dados para fins estatísticos e a livre escolha para a participação, tendo a possibilidade de desistir ou recusar sem consequências negativas para o sujeito.

O presente estudo utilizou uma amostra da população geral e uma amostra clínica de doentes com perturbações emocionais. A amostra população geral foi composta por indivíduos que não referiram o diagnóstico de perturbações emocionais. Esta amostra foi recolhida em instituições como lares e universidades sénior e ainda foi recolhida em contexto comunitário, em formato papel e através da plataforma *online Google Forms*.

A amostra dos indivíduos com perturbações emocionais foi recolhida em formato papel com a presença dos investigadores responsáveis para esclarecer as questões colocadas pelos participantes na consulta externa de Gerontopsiquiatria no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) em Portugal.

Foram critérios de exclusão a idade inferior a 60 anos a par com o estágio demencial. O critério de exclusão da presença de quadros clínicos demenciais foi assegurado, na amostra de doentes com perturbações emocionais através de uma pré-selecção pelo psiquiatra assistente na consulta de Gerontopsiquiatria no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), onde foi recolhida esta amostra. Relativamente à amostra da

população geral, foi questionado diretamente aos participantes, familiares e/ou responsáveis das instituições se haveria a presença ou suspeita de quadros de demência, sendo estes excluídos da investigação. Também foram excluídos, todos os participantes com dificuldades auditivas, ou outras que pudessem comprometer a leitura e a compreensão das instruções e dos itens.

3.4. Estratégia Analítica

Para o tratamento estatístico dos dados do presente estudo, recorreu-se ao programa informático *IBM SPSS Statistics*, versão 22.0 para *Windows* (SPSS Inc, Chicago, IL).

Na análise preparatória da base de dados verificou-se a existência de dados omissos e foi feito o seu estudo por sujeito e por item, incidência e distribuição. Para decidir qual a estratégia mais adequada, levou-se em consideração o facto de os dados omissos terem ou não uma distribuição aleatória e uma incidência superior a 10%, valor acima do qual Bennett (2001) refere maior probabilidade de enviesamento dos dados. Para os indivíduos com incidência inferior a 10%, foi utilizado o *Little MCAR (missing completely at random) test* (Little, 1988) para verificar a completa aleatoriedade dos dados omissos. Nas variáveis que apresentaram completa aleatoriedade dos dados omissos (valor de p não significativo) foi usado o procedimento regressão e nas que não apresentaram completa aleatoriedade (valor de p significativo), foi usado procedimento *Expetaction Maximization*.

Procedeu-se à realização de estatísticas descritivas, obtendo-se a tendência central (e.g., média), de dispersão (e.g., desvio-padrão) e de variação das pontuações (e.g., mínimos e máximos).

A normalidade da amostra foi analisada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, considerando-se que um resultado não significativo (K-S, $p > .05$) indica normalidade. O enviesamento em relação à média foi estudado através do achatamento (*kurtosis*) e assimetria (*skewness*), sendo que são consideráveis aceitáveis valores de assimetria $<|3|$ e de achatamento $<|10|$ (Kline, 2011).

As diferenças entre géneros, amostras e grupos etários nas variáveis em estudo foram analisadas através do teste *t-Student* para amostras independentes e das análises univariadas de variância (*One Way ANOVA*), considerando-se a existência de resultados estatisticamente significativos para $p \leq .05$. Calculou-se igualmente o Eta Quadrado parcial para analisar a magnitude do efeito, considerando os valores: entre .01 e .06 = tamanho pequena;.06 e .14 = tamanho moderado; $\geq .14$. = tamanho elevado (Pallant, 2011).

Para estudar a existência de relações significativas entre as variáveis, recorreu-se às correlações de *Pearson*. Os valores de referência usados para interpretar os coeficientes de correlação foram os propostos por Pestana e Gageiro (2008), segundo os quais: um quociente de correlação inferior a .20 reflete uma correlação muito baixa; entre .21 e .39 uma correlação baixa; quando $.40 < r < .69$ uma correlação moderada; de .70 a .89 elevada; e uma correlação muito elevada quando $r > .90$.

A adequação dos dados para a realização da regressão múltipla hierárquica foi estudada através dos seguintes pressupostos: a inexistência de

problemas de multicolinearidade (valores de Tolerância > .10 e valores de inflação da variância (VIF) < 10) (Field, 2013), o que é indicador da ausência de problemas de estimação dos β (Pallant, 2011); a ausência de problemas ao nível da normalidade da distribuição, da linearidade, homocedasticidade e independência dos resíduos, através de uma análise gráfica da dispersão dos resíduos (*Scatterplot* e *PP Plot*); e análise da presença de *outliers* através dos valores de *Cook's Distance*, devendo estes serem inferiores a 1 (Pallant, 2011).

No estudo da moderação, realizou-se separadamente regressões múltiplas hierárquicas para o género feminino e masculino. Procedeu-se à standardização da variável independente e da variável moderadora, de forma a reduzir os efeitos de multicolinearidade (Jose, 2013). Criaram-se ainda as variáveis do termo de interação multiplicando-se a variável preditora (Perceção de Saúde) e a variável moderadora (Apoio Social). Nas regressões, fez-se entrar em primeiro lugar um dos fatores da variável preditora, seguindo-se a variável moderadora e, por fim, a interação entre ambas. Considerou-se como existindo um efeito de interação quando o termo de interação se revelou significativo ($p \leq .05$). A representação gráfica do efeito moderador foi disponibilizada.

Existe uma moderação quando a variável moderadora afeta a orientação e/ou a força na relação entre a variável dependente e a variável independente (Baron e Kenny, 1986). Assim, o efeito moderador do apoio social na relação entre a perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa também foi analisado.

IV – Resultados

4.1. Análise preliminar dos dados

Na análise preparatória da base de dados verificou-se a existência de dados omissos e foi feito o seu através do do *Little MCAR (missing completely at random) test* (Little, 1988). Foram eliminados indivíduos com incidência superior a 10%, nas escalas GDS (3 indivíduos), SF-6 (15 indivíduos), GAI (2 indivíduos) e Apoio Social (8 indivíduos). Para os indivíduos com incidência inferior a 10% foi possível verificar a completa aleatoriedade dos dados omissos na escala GDS ($\chi^2_{(112)} = 118.495, p = .319$) e a não aleatoriedade dos dados omissos na escala GAI ($\chi^2_{(207)} = 286.358, p < .001$). Como a escala GDS apresentou completa aleatoriedade dos dados omissos (valor de p não significativo), foi usado o procedimento regressão, onde foram substituídos os valores em falta em 14 indivíduos. Na escala GAI foi usado o procedimento *Expectation Maximization*, onde também foram substituídos os valores em falta em 14 indivíduos. A base de dados usada no presente estudo apresenta no total 724 indivíduos, dividida em 665 indivíduos na amostra da população geral e 59 na amostra de doentes com perturbações emocionais.

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificou-se que todas as variáveis, excepto a variável apoio social, não seguem uma distribuição normal ($p < .05$) (Kline, 2005). Para analisar o pressuposto da homogeneidade recorreu-se ao teste de *Levene*, verificando-se a existência de homogeneidade das variâncias ($p > .05$) (Pallant, 2011) nas variáveis em estudo, à exceção da

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

variável sintomatologia depressiva (GDS). Quando analisado o enviesamento em relação às médias, verificou-se que não existem enviesamentos significativos que coloquem em causa a distribuição normal dos resultados, dado que são considerados aceitáveis valores de assimetria $<|3|$ e de *kurtose* $<|10|$ (Kline, 2011). Desta forma, foi possível o uso dos testes paramétricos com maior segurança, atendendo à dimensão da amostra do presente estudo ($n = 724$).

Para garantir a adequação dos dados a tratar para a análise de regressão múltipla hierárquica, foram realizadas análises preliminares. Não foram encontrados problemas de multicolinearidade (valores de tolerância $> .10$ e valores de inflação da variância (VIF) < 10), o que é indicador da ausência de problemas de estimação dos β (Pallant, 2011).

Uma inspeção gráfica da dispersão dos resíduos (*Scatterplot* e *PP Plot*) indicou igualmente a inexistência de problemas ao nível da normalidade da distribuição, da linearidade, homocedasticidade e independência dos resíduos (*Durbin-Watson*). O valor do *Durbin-Watson* ($d = 1.803$) indicou a inexistência de autocorrelação entre os resíduos – i.e., a magnitude do resíduo seguinte não é influenciada pela magnitude de um resíduo (Field, 2009; Marôco, 2010).

Relativamente à presença de *outliers*, não foram encontrados valores de *Cook's Distance* superiores a 1 (Pallant, 2005) nas variáveis. Assim, a amostra revelou-se adequada para a realização da análise de regressão.

4.2. Estudo das diferenças entre géneros

Foram realizados testes *t-Student* para amostras independentes e calculado o Eta Quadrado parcial para examinar a magnitude do efeito, com o objetivo de analisar a possível existência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nas seguintes variáveis: sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, apoio social e perceção de saúde (componentes mental e físico). Foram realizadas análises para as amostras da população geral (cf. Quadro 3) e de doentes com perturbações emocionais (cf. Quadro 4).

Quadro 3. Média (M) e Desvio-Padrão (DP) para a amostra total da população geral e para os grupos masculino e feminino, com testes t de Student e Eta Quadrado parcial (η^2).

Medidas	Amostra total da população geral (n=665)		Grupo Feminino (n= 382)		Grupo Masculino (n=283)		t	p	η^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
GDS	3.29	3.063	3.73	3.18	2.69	2.792	4.480	.000	.048
GAI	7.43	6.269	8.70	6.186	5.71	5.972	6.262	.000	.083
Apoio social	14.67	4.007	14.65	4.078	14.70	3.916	-.132	.895	.045
SF-6									
Componente mental	42.62	9.913	41.18	10.314	44.56	8.996	-4.408	.000	.039

Componente Físico	46.96	23.911	43.64	24.050	51.44	23.014	-4.209	.000	.031
-------------------	-------	--------	-------	--------	-------	--------	--------	------	------

Nota 1. GDS = *Geriatric Depression Scale*

Nota 2. GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*

Nota 3. SF-6 = *SF-6 Health Survey*

Relativamente à amostra da **população geral**, a *sintomatologia depressiva* (GDS) apresentou diferenças estatisticamente significativas ($t_{(644.135)} = 4.480, p < .001$) com o género feminino a reportar níveis superiores. A magnitude da diferença nas médias foi pequena ($\eta^2 = .048$).

Na *sintomatologia ansiosa*, o género feminino também apresentou níveis superiores, sendo também esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(663)} = 6.262, p < .001$). A magnitude da diferença nas médias foi moderada ($\eta^2 = .083$).

A variável *apoio social* não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($t_{(663)} = -.132, p > .05$) de acordo com o género.

Ambos os componentes do SF-6 diferem significativamente de acordo com o género. O género masculino apresenta níveis superiores de *perceção de saúde* nos *componentes mental e físico* comparativamente com o género feminino. As diferenças são estatisticamente significativas nos componentes *mental* ($t_{(663)} = -4.408, p < .001$) e *físico* ($t_{(663)} = -4.209, p < .001$). Em termos da magnitude das diferenças nas médias, os componentes físico ($\eta^2 = .031$) e mental ($\eta^2 = .039$) apresentaram uma magnitude de efeito pequena.

Quadro 4. Média (M) e Desvio-Padrão (DP) para a amostra total de doentes com perturbações emocionais e para os grupos masculino e feminino, com testes t de Student e Eta Quadrado parcial (η^2).

Medidas	Amostra total de doentes com perturbações emocionais (n=59)		Grupo Feminino (n= 43)		Grupo Masculino (n=16)		t	p	η^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
GDS	7.42	4.316	8.67	3.968	4.06	3.376	4.121	.000	.361
GAI	12.97	6.316	14.40	5.598	9.13	6.054	3.145	.003	.534
Apoio social	13.42	4.284	12.21	3.919	16.69	3.516	-4.006	.000	.468
SF-6									
Componente mental	35.25	11.042	32.56	10.711	42.50	8.563	-3.332	.002	.209
Componente Físico	25.42	20.388	19.60	17.081	41.07	20.784	-4.044	.000	.295

Nota 1. GDS = *Geriatric Depression Scale*

Nota 2. GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*

Nota 3. SF-6 = *SF-6 Health Survey*

Na amostra de **doentes com perturbações emocionais**, o género feminino também apresentou níveis superiores de *sintomatologia depressiva* (GDS), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(57)} = 4.121, p < .001$) e de magnitude elevada ($\eta^2 = .361$).

Na *sintomatologia ansiosa* (GAI), o género feminino também apresentou níveis superiores, sendo também esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(57)} = 3.145, p < .01$) com uma magnitude elevada ($\eta^2 = .534$).

A variável *apoio social* apresentou diferenças estatisticamente significativas ($t_{(57)} = - 4.006, p < .001$), com o género masculino a reportar níveis superiores. A magnitude da diferença nas médias foi elevada ($\eta^2 = .468$).

O género masculino apresenta níveis superiores de *perceção de saúde mental* e *física*, apresentando diferenças estatisticamente significativas no componente *mental* ($t_{(57)} = - 3.332, p < .01$) e *físico* ($t_{(663)} = - 4.044, p < .001$) da *perceção de saúde*. Em termos da magnitude das diferenças nas médias, os componentes *físico* ($\eta^2 = .295$) e *mental* ($\eta^2 = .209$) apresentaram uma magnitude de efeito elevada.

4.3. Estudo das diferenças entre os grupos etários

Para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários, recorreu-se a análises univariadas de variância (*One Way ANOVA*) nas seguintes variáveis: *sintomatologia depressiva*, *sintomatologia ansiosa*, *apoio social* e *perceção de saúde* (componentes *mental* e *físico*). Com o objetivo de examinar a magnitude do efeito foi calculado o Eta parcial para a amostra da população geral (cf. Quadro 5). Não foi realizado o estudo das diferenças entre grupos etários na amostra clínica de doentes com perturbações emocionais devido ao número reduzido de indivíduos que esta amostra apresenta, que ao ser realizado o estudo, este iria apresentar um número muito reduzido de indivíduos nos grupos etários.

Quadro 5. Média (M) e Desvio-Padrão (DP) para os grupos etários (60-69; 70-79; 80 anos ou +), com testes ANOVA e Eta Quadrado parcial (η^2) (n = 665).

Medidas	Grupo 60-69 anos (n=259)		Grupo 70-79 anos (n=271)		Grupo 80 anos ou + (n=135)		F	p	η^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
GDS	2.61	2.777	3.29	2.924	4.57	3.446	19.095	.000	.073
GAI	6.81	6.326	7.75	6.327	7.98	6.163	2.137	.119	.024
Apoio social	14.69	4.139	14.84	3.780	14.30	4.193	.829	.437	.051

SF-6

Componente mental	43.82	9.132	41.51	10.729	42.52	9.441	3.631	.027	.013
Componente físico	53.56	22.015	47.02	23.133	34.18	23.911	31.853	.000	.106

Nota 1. GDS = *Geriatric Depression Scale*

Nota 2. GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*

Nota 3. SF-6 = *SF-6 Health Survey*

Relativamente à *sintomatologia depressiva* (GDS) na amostra da **população geral**, o grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos apresentou níveis superiores em comparação com os restantes grupos etários, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($F = 19.095, p < .001$) com uma magnitude moderada ($\eta^2 = .073$). Nas comparações *post hoc* averiguou-se que todos os grupos etários ($p < .05$) apresentaram diferenças significativas na variável supramencionada.

A *sintomatologia ansiosa* ($F = 2.137, p > .05$) e o *apoio social* ($F = .829, p > .05$) não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários.

Relativamente aos componentes da *perceção de saúde*, o grupo etário 60-69 reportou níveis superiores no componente *mental* e no *físico*, comparativamente com os restantes grupos etários. O componente *mental* difere estatisticamente ($F = 3.631, p < .05$) de acordo com o grupo etário assim como o componente *físico* ($F = 31.853, p < .001$). Considerando as comparações *post hoc*, a *perceção de saúde física* apresentou diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos etários ($p < .05$), enquanto que a *perceção de saúde mental* apresentou entre o grupo etário 60-69 e 70-79 ($p < .05$). Em termos da magnitude das diferenças nas médias, o componente *físico* ($\eta^2 = .106$) apresentou uma magnitude de efeito moderada e o componente *mental* ($\eta^2 = .013$) apresentou uma magnitude de efeito pequena.

4.4. Estudo das diferenças entre amostra clínica com perturbações emocionais e amostra da população geral

Foram realizados testes *t-Student* para amostras independentes e calculado o Eta Quadrado parcial para examinar a magnitude do efeito, com o objetivo de analisar a possível existência de diferenças estatisticamente significativas entre as amostras da população geral e de doentes com perturbações emocionais nas seguintes variáveis: *sintomatologia depressiva*, *sintomatologia ansiosa*, *apoio social* e *perceção de saúde* (componentes *mental* e *físico*) (cf. Quadro 6).

A *sintomatologia depressiva* (GDS) apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t_{(63.287)} = 7.203, p < .001$) de acordo com a amostra, apresentando uma magnitude elevada ($\eta^2 = .176$). A amostra de **doentes com perturbações emocionais** apresenta níveis superiores de *sintomatologia depressiva*. Relativamente à variável *sintomatologia ansiosa* (GAI) também apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t_{(722)} = 6.511, p < .001$), mas com uma magnitude moderada ($\eta^2 = .103$). A amostra de **doentes com perturbações emocionais** apresenta níveis superiores de *sintomatologia ansiosa* em comparação com a amostra da **população geral**.

A perceção de saúde e a *sintomatologia depressiva* e *ansiosa* em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

Quadro 6. Média (M) e Desvio-Padrão (DP) para as amostras da população geral e de doentes com perturbações emocionais, com testes t de Student e Eta Quadrado parcial (η^2).

Medidas	Amostra da população geral (n=665)		Amostra de doentes com perturbações emocionais (n= 59)		t	p	η^2
	M	DP	M	DP			
GDS	3.29	3.063	7.42	4.316	7.203	.000	.176
GAI	7.43	6.269	12.97	6.145	6.511	.000	.103
Apoio social SF-6	14.67	4.007	13.42	4.284	2.281	.023	.030
Componente mental	42.62	9.913	35.25	11.042	5.415	.000	.045
Componente físico	46.96	23.911	25.42	20.388	7.660	.000	.093

Nota 1. GDS = *Geriatric Depression Scale*

Nota 2. GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*

Nota 3. SF-6 = *SF-6 Health Survey*

Os indivíduos da amostra da **população geral** apresentam níveis superiores de *apoio social* comparativamente com a amostra de **doentes com perturbações emocionais**, sendo também esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(722)} = 2.281, p < .05$) com uma magnitude das diferenças pequena ($\eta^2 = .030$).

A *perceção de saúde mental* (SF-6) apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t_{(722)} = 5.415, p < .001$), com uma magnitude pequena ($\eta^2 = .045$). Os indivíduos da amostra da **população geral**, apresentam níveis superiores de *perceção de saúde mental*. A *perceção de saúde física* (SF-6) também apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t_{(72.924)} = 7.660, p < .001$), mas com uma magnitude de moderada ($\eta^2 = .093$). A amostra da **população geral** apresenta níveis superiores de *perceção física*.

4.5. Relações entre a sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, o apoio social e a perceção de saúde

Com o objetivo de analisar as relações entre as diferentes variáveis do presente estudo calcularam-se correlações de *Pearson* para a amostra da população geral (cf. Quadro 7).

Quadro 7. Correlações de *Pearson* entre GDS, GAI, apoio Social e os componentes mental e físico do SF-6 para a amostra da população geral (n = 665).

	GDS	GAI	Apoio social	SF-6	
				Componente mental	Componente físico
GDS	1				

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

GAI	.563**	1			
Apoio social	-.289**	-.188**	1		
Componente mental	-.230**	-.297**	.029	1	
Componente físico	-.498**	-.373**	.120**	.177**	1

Nota 1. ** $p \leq .01$

Nota 2. GDS = *Geriatric Depression Scale*

Nota 3. GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*

Nota 4. SF-6 = *SF-6 Health Survey*

Relativamente à *sintomatologia depressiva* (GDS) na **população geral**, os resultados mostram que se correlaciona positiva e significativamente com a *sintomatologia ansiosa* (GAI), apresentando uma correlação moderada ($r = .563$); correlaciona-se negativamente com o *apoio social* e os componentes *mental* e *físico* da *perceção de saúde* (SF-6), apresentando uma correlação moderada no componente *físico* da *perceção de saúde* ($r = -.498$) e as restantes variáveis obtiveram uma correlação baixa.

A *sintomatologia ansiosa* (GAI) correlaciona-se negativa e significativamente com o *apoio social* e os componentes *mental* e *físico* da *perceção de saúde* (SF-6). Com uma correlação muito baixa com o *apoio social* ($r = -.188$) e baixa nos componentes *físico* ($r = -.373$) e *mental* ($r = -.297$) da *perceção de saúde*.

No que diz respeito ao *apoio social*, apresenta uma associação positiva e significativa com o componente *físico* da *perceção de saúde* (SF-6), apresentando uma correlação muito baixa ($r = .120$). As associações existentes entre o componente *mental* da *perceção de saúde* (SF-6) e o *apoio social* não são significativas.

Para a amostra de doentes com perturbações emocionais (cf. Quadro 8) foram analisadas as relações entre as diferentes variáveis do presente estudo através das correlações de *Pearson*.

Assim como na amostra da **população geral**, os resultados da amostra de **doentes com perturbações emocionais** mostram que a *sintomatologia depressiva* (GDS), se correlaciona positiva e significativamente com a *sintomatologia ansiosa* (GAI) com uma correlação moderada ($r = .689$); correlaciona-se negativamente com o *apoio social* ($r = -.416$) e os componentes *mental* ($r = -.493$) e *físico* ($r = -.486$) da *perceção de saúde* (SF-6), com correlações moderadas.

Quadro 8. Correlações de *Pearson* entre GDS, GAI, apoio social e os componentes mental e físico do SF-6 para a amostra de doentes com perturbações emocionais (n = 59).

	GDS	GAI	Apoio social	SF-6	
				Componente mental	Componente físico

A *perceção de saúde* e a *sintomatologia depressiva* e *ansiosa* em idosos: estudo do efeito moderador do *apoio social*
 Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

GDS	1				
GAI	.689**	1			
Apoio social	-.416**	-.334**	1		
Componente mental	-.493**	-.508**	.196	1	
Componente físico	-.486**	-.205	.267*	.283*	1

Nota 1. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Nota 2. GDS = *Geriatric Depression Scale*

Nota 3. GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*

Nota 4. SF-6 = *SF-6 Health Survey*

A *sintomatologia ansiosa* (GAI) correlaciona-se negativa e significativamente com o *apoio social* e o componente *mental* da *perceção de saúde* (SF-6), com uma correlação baixa ($r = -.334$) e moderada ($r = -.508$), respetivamente.

No que diz respeito ao *apoio social*, apresenta uma associação positiva e significativa com o componente *físico* da *perceção de saúde* (SF-6), com uma correlação baixa ($r = .267$). As associações existentes entre o componente *mental* da *perceção de saúde* (SF-6) e o *apoio social* não são significativas assim como a associação entre o componente *físico* da *perceção de saúde* (SF-6) e a *sintomatologia ansiosa* (GAI).

4.6. Análise dos efeitos de moderação do apoio social na relação entre a perceção de saúde e as sintomatologias depressiva e ansiosa

As análises dos efeitos de moderação do apoio social foram realizadas separadamente para o género feminino e masculino, sendo que as variáveis do estudo apresentaram diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género e, segundo a literatura o género é uma variável sociodemográfica relevante nestas variáveis.

Com o objetivo de analisar a existência de um efeito moderador do *apoio social* na relação entre a *perceção de saúde* e a *sintomatologia depressiva* e *ansiosa*, realizaram-se separadamente para cada um dos géneros, feminino e masculino, análises de Regressão Múltipla Hierárquicas na amostra **total** e na amostra da **população geral**.¹

Apenas se encontrou um efeito de interação do *apoio social* significativo com o componente *físico* da *perceção de saúde* na predição da sintomatologia depressiva, na amostra **total** para o **género feminino** ($\beta = .096$, $p = .014$).

¹. Devido à extensão do texto da presente dissertação, não se apresentam os resultados obtidos, não significativos, referentes aos efeitos moderadores do apoio social na relação entre a perceção de saúde física ou mental e a variáveis dependentes sintomatologia ansiosa ou depressiva, nem ao efeito moderador do apoio social nesta relação, mas para o género masculino.

Introduziram-se sequencialmente, num primeiro passo, o componente físico da *percepção de saúde* (variável preditora), num segundo passo a variável *apoio social* que é considerada a variável moderadora, e num terceiro passo o termo de interação entre a variável *percepção de saúde* e a variável *apoio social* (cf. Quadro 9).

Quadro 9. Coeficientes de regressão dos três passos obtidos através de Regressão Múltipla Hierárquica, com o componente físico da percepção de saúde, o apoio social e o termo de interação na predição de sintomatologia depressiva, para amostra total do género feminino (n = 424).

Modelo	Preditores	R ²	F	β	t	p
1	Percepção de saúde componente físico	.306	188.007***	-.555	-13.712	.000
2	Percepção de saúde componente físico	.373	127.227***	-.526	-13.609	.000
	Apoio social			-.263	-6.805	.000
3	Percepção de saúde componente físico	.381	87.838***	-.525	-13.660	.000
	Apoio social			-.244	-6.210	.000
	Compo.Físico*Apoio Social			.096	2.455	.014

Nota 1. *** $p \leq 0.001$

Estas variáveis originaram modelos estatisticamente significativos em todos os três passos da Regressão Múltipla Hierárquica. Ao introduzir no modelo final, a interação entre o componente *físico* da *percepção de saúde* e o *apoio social*, este apresentou-se estatisticamente significativo [$R^2 = .381$, $F_{(3, 421)} = 87.838$, $p < .001$], explicando 38.1% da variância da *sintomatologia depressiva*. Tal indica que a predição da *sintomatologia depressiva* pela *percepção de saúde física* difere significativamente consoante seja baixo, moderado ou elevado o *apoio social*.

Para uma melhor visualização da associação e interação entre as variáveis, foi gerado o gráfico que apresenta o efeito de interação significativo supramencionado. Considerou-se a existência de três níveis para a variável moderadora (*apoio social*) de acordo com os seguintes valores: nível **baixo** para valores inferiores à média menos um desvio padrão; nível **médio** para valores entre a média menos um desvio padrão e média mais um desvio padrão; **elevado** para valores superiores à soma da média e do desvio padrão da variável *apoio social*. Para a variável preditora (*percepção de saúde física*), considerou-se a existência de dois níveis de acordo com o valor da média: **baixa** para valores inferiores à média e **elevada** para valores superiores à média da variável *percepção de saúde física*.

Os resultados gráficos permitem observar que baixos níveis de

percepção de saúde (componente *físico*) estão associados a níveis superiores de *sintomatologia depressiva* e que uma elevada percepção de *apoio social* prediz níveis inferiores de *sintomatologia depressiva*. Quer a percepção de *apoio social*, quer o componente *físico* da *percepção de saúde*, apresentam um declive negativo, indicando que predizem negativamente a *sintomatologia depressiva*.

Relativamente à interação, é possível verificar que, quando a *percepção de saúde física* é baixa, uma baixa percepção de *apoio social* leva a um aumento nos níveis de *sintomatologia depressiva*, comparativamente com uma moderada e baixa percepção de *apoio social*.

De seguida representa-se graficamente o efeito moderador do *apoio social*, que demonstra os resultados obtidos.

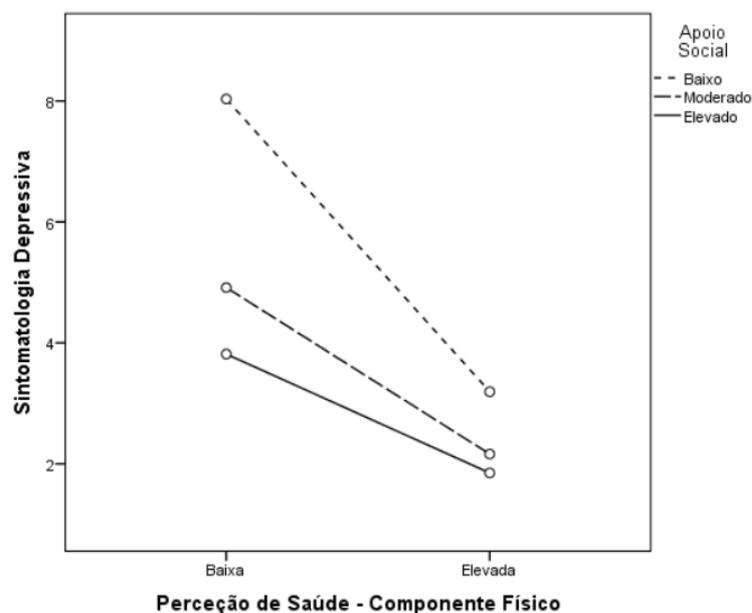


Figura 1. Gráfico do efeito moderador do apoio social na relação entre o componente físico da percepção de saúde e a sintomatologia depressiva na amostra total do género feminino.

V – Discussão

A literatura tem demonstrado o papel protetor do apoio social na saúde mental, especificamente em eventos que causam *stress* ao indivíduo (Gariépy et al., 2016). Segundo a teoria do apoio social aplicado à Depressão, a procura de apoio social é uma estratégia de *coping* que pode atenuar o risco proveniente dos eventos de vida, assim como a Depressão, devido à influência do apoio social na avaliação e no *coping*. Também acrescenta que baixa percepção de apoio social tem um efeito direto no desenvolvimento de depressão, com e sem a presença de acontecimentos de vida negativos (Cohen & Wills, 1985; Dobson & Dozois, 2011).

Tendo em consideração as associações significativas entre a percepção de saúde física e o apoio social, assim como entre a percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa, considerou-se importante estudar o efeito moderador do apoio social na relação entre a percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa na população geriátrica.

A percepção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

Os resultados das amostras da população geral e de doentes com perturbações emocionais vão ao encontro da **primeira hipótese**, tendo o género feminino reportado níveis superiores de sintomatologia depressiva e ansiosa comparativamente com o género masculino. Tal vai ao encontro do que tem sido demonstrado na literatura (Kennedy, 2015; Schoevers et al., 2003; Vink et al., 2008), que refere que o género feminino é um fator de risco para a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Relativamente ao apoio social, apenas a amostra de doentes com perturbações emocionais apresentou diferenças estatisticamente significativas, com o género masculino a reportar níveis superiores de perceção de apoio social, confirmando-se assim, ainda que parcialmente, a **segunda hipótese**. Tal vai ao encontro da literatura que refere que o género masculino usufrui mais de apoio social que o género feminino (Kubzansky et al., 2000). Estes resultados obtidos apenas na amostra de perturbações emocionais podem, eventualmente, ser explicados pela presença de familiares e amigos na recolha dos dados, sobretudo nas questões sobre o grau de satisfação com o apoio proveniente dos amigos e familiares, através do efeito da desejabilidade social. A literatura refere que o género masculino apresenta maior desejabilidade social quando se encontra perante género oposto (Fisher & Dubé, 2005), o que aconteceu neste estudo, uma vez que as investigadoras eram do género feminino. A literatura também refere que os resultados podem ser enviesados quando são recolhidos em modo entrevista (como na recolha usada na amostra clínica), porque os indivíduos nas conversas do dia-a-dia, habitualmente querem ser agradáveis e que concordem com eles (Kuru & Pasek, 2016). Além disso, em comparação com a amostra da população geral, os doentes com perturbações emocionais são seguidos em consulta de Gerontopsiquiatria, o que pode aumentar os níveis de apoio social (uma das questões do questionário avalia a satisfação do apoio proveniente dos profissionais de saúde).

A **terceira hipótese** é corroborada para as amostras da população geral e de doentes com perturbações emocionais, com o género feminino a reportar níveis inferiores de perceção de saúde comparativamente com o género masculino. As diferenças entre género são estatisticamente significativas nos componentes mental e físico da perceção de saúde. Tal vai ao encontro da literatura (Silva et al., 2012), que considera que pertencer ao género feminino também é um fator de risco para uma perceção de saúde mais pobre.

Os resultados na amostra da população geral corroboram a **quarta hipótese**, com o grupo etário com idade mais avançada (idade igual ou superior a 80 anos) a reportar níveis superiores de sintomatologia depressiva e ansiosa. Tal vai ao encontro da literatura que aponta o aumento da idade como um fator de risco para a sintomatologia supramencionada (Vink et al., 2003).

Na amostra da população geral, o grupo etário com idade avançada reportou níveis inferiores de perceção de saúde física, o que vai ao encontro da **quinta hipótese** e da literatura, que refere que indivíduos com idade avançada reportam pior perceção de saúde (Silva et al., 2012).

A **sexta hipótese** é corroborada com a presença de diferenças estatisticamente significativas entre as amostras da população geral e de

doentes com perturbações emocionais nas variáveis sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, apoio social e perceção de saúde. A população geral reporta níveis inferiores de sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como níveis superiores de perceção de saúde e apoio social, comparativamente com a amostra clínica de doentes com perturbações emocionais.

Nas amostras da população geral e de doentes com perturbações emocionais, o género feminino apresenta níveis superiores de sintomatologia depressiva e ansiosa e níveis inferiores de perceção de saúde e de apoio social, comparativamente com o género masculino. Estas diferenças foram estatisticamente significativas para ambas amostras, excepto na amostra da população geral na variável apoio social (p não significativo). Relativamente aos grupos etários, o grupo que apresentou níveis superiores na sintomatologia depressiva e níveis inferiores de perceção física foi o grupo com idade igual ou superior a 80 anos, sendo esta diferença estatisticamente significativa. O grupo de idade entre os 70 e 79 anos apresentou níveis inferiores de perceção mental, comparativamente com os restantes grupos etários, sendo também esta diferença estatisticamente significativa. Esta amostra não apresentou diferenças estatisticamente significativas de acordo com o grupo etário na sintomatologia ansiosa e no apoio social.

Os resultados das correlações de *Pearson* revelaram que os componentes físico e mental da perceção de saúde se correlacionam negativa e significativamente com a sintomatologia depressiva e ansiosa na amostra da população geral. Tal vai ao encontro da **sétima hipótese**. Relativamente à amostra de doentes com perturbações emocionais, as correlações também foram significativas, excepto para a relação entre o componente físico da perceção de saúde e a sintomatologia ansiosa.

Os resultados sugerem, igualmente, uma associação positiva e significativa entre sintomatologia depressiva e ansiosa, na amostra da população geral e de doentes com perturbações emocionais (**H7**). Estes resultados vão ao encontro da literatura (Byrne, 2002; Xavier et al., 2001), que sugere que existe uma associação significativa entre estas duas variáveis.

Tendo em consideração o efeito protetor do apoio social na saúde ao longo do ciclo (Ribeiro, 1999), assim como o papel do apoio social na diminuição do mal-estar psicológico e do *distress* psicológico (Correia, 2013), e ainda o papel deste na diminuição dos níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva na população geriátrica (McHugh & Lawlor, 2012), o presente estudo transversal teve o objetivo de estudar o efeito moderador do apoio social entre a perceção de saúde e a ansiedade e /ou a depressão, numa amostra de idosos portugueses.

Apenas se encontrou um efeito moderador do apoio social na relação entre o componente físico da perceção de saúde e a sintomatologia depressiva no género feminino, ficando assim apenas parcialmente confirmada a **oitava hipótese**. Desta forma, o apoio social revelou-se um amortecedor para a sintomatologia depressiva nas mulheres com baixa perceção de saúde física. Segundo Lee, Dickson e Holmbeck (2014) o apoio social pode permitir lidar com emoções negativas, no caso específico da presente investigação, a perceção de ter um bom apoio social poderá contribuir para lidar com uma

perceção de saúde física pobre e com sintomatologia depressiva.

O género feminino apresentou níveis superiores de sintomatologia depressiva e níveis inferiores de perceção de saúde física. Na amostra de doentes com perturbações emocionais, o género feminino reportou ainda níveis inferiores de apoio social comparativamente com o género masculino. Com estes dados, é possível verificar que o género feminino se encontra em desvantagem relativamente às variáveis em estudo.

Podemos hipotetizar que o facto da amostra total incluir 59 doentes com perturbações emocionais, em que 72.88% apresentavam o diagnóstico de depressão, pode ter influenciado os resultados, nomeadamente, ter-se encontrado um efeito moderador significativo do apoio social apenas para a sintomatologia depressiva, e não para a sintomatologia ansiosa. É importante realçar que nas correlações de *Pearson* na amostra da população geral, a sintomatologia depressiva correlacionou-se negativa e significativamente com o apoio social e a perceção de saúde física, apresentando uma correlação moderada no componente físico da perceção de saúde e uma correlação baixa no apoio social. O apoio social apresentou uma associação positiva e significativa com a perceção de saúde física, mas com uma correlação muito baixa na amostra da população geral e baixa na amostra de doentes com perturbações emocionais. Na amostra de doentes com perturbações emocionais, a sintomatologia depressiva também se correlacionou negativa e significativamente com o apoio social e a perceção de saúde física, mas com correlações moderadas.

Não se registou nenhuma interação significativa na relação entre o componente mental da perceção de saúde e a sintomatologia depressiva ou ansiosa. Tal poderá sugerir que a perceção de saúde é sobretudo influenciada pelo seu componente físico, sendo que a incapacidade física, é um dos factores que está associado à baixa perceção de saúde (Silva, Smith-Menezes, Tribess, Rómo-Perez, & Júnior, 2012) e o estado de saúde física é um dos factores que influencia a perceção de saúde (Idler & Benyamini, 1997).

Relativamente ao facto de apenas se ter encontrado um efeito moderador significativo na amostra total, tal pode ser devido ao número elevado de participantes na amostra total ($n = 724$), principalmente do género feminino ($n = 425$).

Em relação a estudos futuros, é necessário que esta investigação seja replicada com amostras mais amplas, com número mais equilibrados de diversos níveis de apoio social, de perceção de saúde, e ainda de sintomatologia depressiva e ansiosa (e.g., altos, médios e baixos).

O presente estudo contém limitações que devem ser tidas em consideração na interpretação dos dados, nomeadamente: (1) a elevada idade dos participantes e as eventuais limitações sensoriais (i.e., visão e audição) que podem ter contribuído para o enviesamento das respostas; (2) a baixa fiabilidade (i.e., consistência interna) do questionário sobre apoio social encontrada para a amostra de doentes com perturbações emocionais; (3) a extensão do protocolo e a presença de instrumentos de avaliação para além dos que foram utilizados no presente estudo podem ter provocado cansaço nos participantes ou dificuldades em manterem a concentração, contribuindo também para um possível enviesamento; (4) os dados obtidos na amostra da

população geral foram recolhidos através de instrumentos de autorresposta, podendo condicionar os resultados pela falta de cruzamento da informação com outras fontes ou métodos informativos (e.g., entrevistas), (5) apesar do nível de escolaridade não ter sido analisado no presente estudo, é necessário ter em conta, que poderá ter enviesado os resultados pelas dificuldades na compreensão das questões, principalmente, na amostra da população geral; (6) e por fim, a possível presença de variáveis não controladas como a ansiedade, a desajustabilidade social, os efeitos de medicação, luto, baixa motivação para responder aos questionários, que podem ter influenciado os resultados obtidos.

Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que examina o efeito moderador do apoio social na relação entre a perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa através de uma amostra que contém doentes com perturbações emocionais e indivíduos da população geral. É importante replicar este estudo com um *design* longitudinal, uma vez que no presente estudo foi usado um *design* transversal. Outro aspeto que importa apurar mais aprofundadamente prende-se com a realização de uma investigação mais completa do efeito moderador do apoio social. Neste sentido, seria interessante analisar também a extensão dos tipos de rede social e o respetivo efeito na relação da perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa, assim como estudar separadamente o efeito dos diferentes tipos de redes sociais (e.g., apoio social familiar, apoio social dos amigos).

Em relação à amostra, este estudo poderá ser replicado com indivíduos com idade inferior a 60 anos de idade e com indivíduos portadores de doença crónica, para estudar também o impacto da doença crónica na relação supramencionada. O estudo de Alves e Rodrigues (2005) refere que as doenças crónicas podem ser responsáveis pelas diferenças nos níveis de perceção de saúde, sendo também interessante estudar se a perceção de saúde encontra-se mais associada à presença ou ausência de saúde, ou à incapacidade física (Silva et al., 2012).

Relativamente à amostra de perturbações emocionais, seria importante estudar os efeitos preditivos das variáveis perceção de saúde e apoio social em indivíduos com outros diagnósticos (e.g., ansiedade), sendo que a amostra clínica usada no presente estudo era maioritariamente composta por indivíduos diagnosticados com depressão.

Tendo em conta os resultados da moderação, seria importante controlar variáveis como o nível socioeconómico e o estado civil nos próximos estudos.

VI – Conclusões

O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão sobre os fatores de proteção e de risco na população geriátrica, sobretudo no que diz respeito ao papel protetor do apoio social na sintomatologia depressiva, principalmente em mulheres com baixa perceção de saúde física. Além disto, foi possível confirmar a importância da perceção de saúde física e mental na população geriátrica assim como do apoio social na sintomatologia ansiosa e depressiva. A melhor compreensão dos fatores de risco e proteção permite um melhor conhecimento sobre os possíveis alvos de intervenção na população portuguesa com idade igual ou superior a 60 anos.

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

Os resultados do presente estudo sugerem que o apoio social pode ser visto como um construto a ter em consideração para obter uma perceção de saúde positiva e diminuir a sintomatologia depressiva.

Estes resultados sugerem a importância da satisfação do apoio social com os familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde nos idosos, de modo a prevenir ou atenuar a sintomatologia depressiva, que é tão prevalente nesta população.

Assim, torna-se importante promover o apoio social através da criação de novas redes sociais de apoio e melhorar as interações já existentes com os elementos da rede sociais em que o idoso está inserido (Rodriguez & Cohen, 1998). As intervenções que têm como objetivo criar novas redes sociais tentam integrar o idoso num grupo em que encontre indivíduos que tenham o mesmo tipo de problemas, com o objetivo de receber empatia e compreensão que estes indivíduos não conseguem obter por parte dos elementos da rede social existente (Vaz Serra, 1999). A integração no grupo pode ainda ter como objetivo a partilha de experiências que podem contribuir para a resolução dos seus problemas e para diminuir o impacto das dificuldades no funcionamento do indivíduo (Vaz Serra, 1999; Friedman, 2011). Em Portugal, esta intervenção pode ser implementada em universidades sénior, associações recreativas, lares, e em grupos nas redes sociais (e.g., Facebook).

Bibliografia

- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., Rabanaque, M. J. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: Tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*; 29(1), 37-43. doi:10.1016/j.gaceta.2014.07.004
- Alves, L. C., & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da autoperceção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 333-341.
- Alves, L. C., Leite, I. D. C., & Machado, C. J. (2010). Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: Análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 468-478. doi: 10.1590/S0034-89102010005000009
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, C., Rubenach, S., Mhurchu, C. N., Clark, M., Spencer, C., & Winsor, A. (2000). Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: I: health outcomes at 6 months. *Stroke*, 31(5), 1024-1031.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. D. J., Reis, I. A. C. D., Silva, I. A. L. L. D., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 65-73. doi: 10.12707/RIV14033
- Ardakani, A. T., Baneshi, M. R., Taravatmanesh, S., Taravatmanesh, L., & Zoaala, F. (2017). Social support among the elderly in Iran. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(3), 52-57. doi: 10.12740/APP/76062

A perceção de saúde e a sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos: estudo do efeito moderador do apoio social

Jéssica Duarte (e-mail: jessica-catarina@hotmail.com) 2018

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barros, C., Gomes, A., & Pinto, E. (2013). Estado de saúde e estilos de vida dos idosos portugueses: O que mudou em 7 anos?. *Arquivos de Medicina*, *27*(6), 242-247.
- Bennett, D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study?. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *25*(5), 464-469. doi: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M.J. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério da Saúde. Retirado de [www.min-saude.pt] em 10/09/2018.
- Bergman, S., King, Y., Bentur, N., Holmes, D., Holmes, M., & Teresi, J. (1990). Care of the impaired elderly: Co-existence of formal and informal care systems in the Israeli kibbutz. *Contemporary Jewry*, *11*(2), 51-66. <https://doi.org/10.1007/BF02965472>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, *51*(6), 843-857. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00065-4
- Berkman, L. F., Leo-Summers, L., & Horwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, *117*(12), 1003-1009. doi: 10.7326/0003-4819-117-12-1003
- Blazer, D. G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging Mental Health*, *9*(6), 497-499. doi:10.1080/13607860500294266
- Bowers, C. A., & Gesten, E. L. (1986). Social support as a buffer of anxiety: An experimental analogue. *American Journal of Community Psychology*, *14*(4), 447-451. doi: 10.1007/BF00922628
- Brenes, G., Guralnik, J., Williamson, J., Fried, L., Simpson, C., Simonsick, E., & Penninx, B. (2005) The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(1), 34–39. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53007.x
- Brown, W., & Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women*. London: Tavistock.
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *109*(3), 233-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.11.008
- Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(1), 74-80. doi: 10.1590/S151644462002000500014.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de*

- Saúde Mental* (vol. 1). Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonça-Lima, C., & Tsolaki, M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(5), 393-401. doi: 10.1192/bjp.bp.107.036772
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
- Correia, A. F. (2013). *Perceção do apoio social versus estado de saúde no idoso no concelho de Mangualde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. *Psychological Bulletin*, *119*(3), 319-366.
- Dai, Y., Zhang, C. Y., Zhang, B. Q., Li, Z., Jiang, C., & Huang, H. L. (2016). Social support and the self-rated health of older people: A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. *Medicine*, *95*(24), 1-14. doi: 10.1097/MD.0000000000003881.
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., & Espirito-Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1*(2), 31-45. <http://dx.doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22>
- De Beurs, E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: Similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *The British Journal of Psychiatry*, *179*(5), 426-431. doi: 10.1192/bjp.179.5.426
- DeSalvo, K. B., & Muntner, P. (2011). Discordance between physician and patient self-rated health and all-cause mortality. *The Ochsner Journal*, *11*(3), 232-240. doi: 10.1186/s12877-015-0074-4
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2011). *Risk factors in depression*. Cambridge: Elsevier.
- Dong, X., Chen, R., & Simon, M. A. (2014). Elder abuse and dementia: A review of the research and health policy. *Health Affairs*, *33*(4), 642-649. doi:10.1377/hlthaff.2013.1261
- Espírito Santo, H. e Daniel, F. (2010). Inventário de Ansiedade Geriátrica [Instrumento de Avaliação] [Geriatric Anxiety Inventory]. Instrumento não publicado. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (3ª ed.). London: Sage Publications.
- Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Fisher, R. J., & Dubé, L. (2005). Gender differences in responses to emotional advertising: A social desirability perspective. *Journal of Consumer Research*, 31(4), 850-858. doi: <https://doi.org/10.1086/426621>
- Forsell, Y., & Winblad, B. (1997). Anxiety disorders in non-demented and demented elderly patients: Prevalence and correlates. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 62(3), 294-295. doi:10.1136/jnnp.62.3.294
- Friedman, H. S. (2011). *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford: University Press.
- Friedrich, M. J. (2017). Depression is the leading cause of disability around the world. *Jama*, 317(15), 1517-1517. doi:10.1001/jama.2017.3826
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094
- Golini, N., & Egidi, V. (2016). The latent dimensions of poor self-rated health: How chronic diseases, functional and emotional dimensions interact influencing self-rated health in Italian elderly. *Social Indicators Research*, 128(1), 321-339. DOI: 10.1007/s11205-015-1033-3
- Grenier, S., Prévaille, M., Boyer, R. et al. (2011): The impact of DSM- IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 316-26. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181ff416c
- Gupta, V., & Korte, C. (1994). The effects of a confidant and a peer group on the well-being of single elders. *The International Journal of Aging and Human Development*, 39(4), 293-302. doi:10.2190/4YYH-9XAU-WQF9-APVT
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa*, 18, 129-46.
- Gustafson, Y., Nogueira, V., O'Dwyer, S., Roller, R. E., Egger, T., Firmino, H., ... & Cruz-Jentoft, A. J. (2013). Depression in old age in Austria, Ireland, Portugal and Sweden. *European Geriatric Medicine*, 4(3), 202-208. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.04.011>
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., & Pieper, C. F. (2001). Toward a threshold for subthreshold depression: An analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *The Gerontologist*, 41(3), 357-365. <https://doi.org/10.1093/geront/41.3.357>

- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. doi:10.2307/2955359
- Jose, P. E. (2013). *Doing Statistical Mediation and Moderation*. New York: Guilford Press.
- Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russell, D. W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 5-17. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00135-6
- Kennedy, G. J. (2015). *Geriatric Depression: A Clinical Guide*. New York: Guilford Publications.
- Kim, G., DeCoster, J., Huang, C. H., & Bryant, A. N. (2013). A meta-analysis of the factor structure of the Geriatric Depression Scale (GDS): The effects of language. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 71-81. doi: 10.1017/S1041610212001421
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, N., & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1026-1033. doi: 10.1002/gps.2215.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Koffel, E., & Watson, D. (2009). The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 183-194. doi:10.1037/a0013945
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychology and Aging*, 4(1), 88-97. doi: 10.1037/0882-7974.4.1.88
- Kubzansky, L. D., Berkman, L. F., & Seeman, T. E. (2000). Social conditions and distress in elderly persons: Findings from the MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4), 238-246. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.P238>
- Kuru, O., & Pasek, J. (2016). Improving social media measurement in surveys: Avoiding acquiescence bias in Facebook research. *Computers in Human Behavior*, 57, 82-92. doi:10.1016/j.chb.2015.12.008
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social Support Theory and Measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29-52). Oxford: Oxford University Press
- Lamond, A.J., Depp, C.A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D.J., Golshan, S., ... & Jeste, D. (2008). Measurement and predictors of resilience

- among community: Dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148–154. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
- Lee, C., Dickson, D.A., Conley, C.S., Holmbeck, G.N., (2014) A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: A prospective study of depressive symptomatology across the transition to college. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(6), 560-585. doi: 10.1521/jscp.2014.33.6.560
- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). Anxiety disorders: new developments in old age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 301-304. doi: 10.1097/JGP.0b013e31820db34f
- Li, J., Theng, Y. L., & Foo, S. (2015). Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression? An exploratory study among chinese older adults in Singae. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 22-27. doi: 10.1016/j.ajp.2015.01.011
- Lin, N., & Dean, A. (1984). Social support and depression. *Social Psychiatry*, 19(2), 83-91.
- Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American statistical Association*, 83(404), 1198-1202.
- Mackenzie, C.S., El-Gabalawy, R., Chou, K. L. & Sareen, J. (2014). Prevalence and predictors of persistent versus remitting mood, anxiety, and substance disorders in a national sample of older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 854-865. doi: 10.1016/j.jagp.2013.02.007
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de apoio social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- McHugh, J. E., & Lawlor, B. A. (2012). Exercise and social support are associated with psychological distress outcomes in a population of community: Dwelling older adults. *Journal of Health Psychology*, 17(6), 833-844. doi: 10.1177/1359105311423861
- Minkler, M. (1985). Social support and health of the elderly. *Social Support and Health*, 4(1), 199-216.
- Monroe, S. M., & Steiner, S. C. (1986). Social support and psychopathology: interrelations with preexisting disorder, stress, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 29-39. doi: /10.1037/0021-843X.95.1.29
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
- Moum, T. (1992). Self-assessed health among norwegian adults. *Social Science & Medicine*, 35(7), 935-947. doi: 10.1016/0277-9536(92)90108-3.
- Newman, B., & Newman, (1995). *Development through life: A psychosocial approach*. (6^a ed.). New York: BrooksCole.

- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*(3), 498. doi:10.1037/0022-3514.71.3.498.
- Okun, M. A., & Keith, V. M. (1998). Effects of positive and negative social exchanges with various sources on depressive symptoms in younger and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *53*(1), 4-20.
- 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. doi: 10.1017/S1041610206003504
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde-SF-36*. Merck Sharp & Dohme, Lisboa.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival guide*. Crow's Nest, NSW: Allen & Unwin.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Crows Nest. New South Wales: Allen & Unwin.
- Penninx, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J., & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *Jama*, *279*(21), 1720-1726.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Potvin, O., Bergua, V., Swendsen, J., Meillon, C., Tzourio, C., Ritchie, K., Dartigues, J., & Amieva, H. (2013). Anxiety and 10-year risk of incident and recurrent depressive symptomatology in older adults. *Depression and Anxiety*, *30*, 554-563. doi: 10.1002/da.22101
- Powell, T. J., & Enright, S. J. (1990). *Strategies for mental health, anxiety and stress management*. Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.
- Raffaelli, M., Andrade, F. C., Wiley, A. R., Sanchez-Armass, O., Edwards, L. L., & Aradillas-Garcia, C. (2013). Stress, social support, and depression: A test of the stress-buffering hypothesis in a Mexican sample. *Journal of Research on Adolescence*, *23*(2), 283-289. doi: 10.1111/jora.12006
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M. L., Mann, A., Dupuy, A. M., ... & Boulenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry*, *184*(2), 147-152. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.147>
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, *6*, 390-399.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental*

- Health*, 3, 535-544.
- Rozzini, L., Chilovi, B. V. & Peli, M. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 300-305. doi:10.1002/gps.2106
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Jonker, C., & Tilburg, W. V. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994-1001. doi: 10.1002/gps.1001
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252. doi: 10.1080/00207590701396641
- Scott, T., Mackenzie, C. S., Chipperfield, J. G., & Sareen, J. (2010). Mental health service use among canadian older adults with anxiety disorders and clinically significant anxiety symptoms. *Aging & Mental Health*, 14(7), 790-800. doi: 10.1080/13607861003713273
- Seeman, T., Berkman, L., Charpentier, P., Blazer, D., Albert, M., Tinetti M. (1995) Behavioral and psychosocial predictors of physical functioning: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 50,177–183.
- Seeman, T. E., & Berkman, L. F. (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: Who provides support. *Social Science & Medicine*, 26(7), 737-749. doi:10.1016/0277-9536(88)90065-2
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(2), 165-173. http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Silva, R. J. D. S., Smith-Menezes, A., Tribess, S., Rómo-Perez, V., & Virtuoso Júnior, J. S. (2012). Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15, 49-62. doi: 10.1590/S1415-790X2012000100005
- Simões, M. R. (1995). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R)* [Investigations in the context of the national standardization of the Raven Coloured Progressive Matrices test (RCPM)]. Tese de doutoramento em Psicologia (Avaliação Psicológica)/PhD thesis, Psychology/Psychological Assessment. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sonnenberg, C. M., Deeg, D. J. H., Van Tilburg, T. G., Vink, D., Stek, M. L., &

- Beekman, A. T. F. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 61-70. doi: 10.1017/S1041610212001202
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A., Cabrita, J., Cavadas, L. & Alves, N. (2010). Depressão em idosos: Prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(4), 384-391.
- Sousa, R. D. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, 4(196), 1-12. doi:10.3389/fmed.2017.00196
- Souza, A. C., Alexandre, N. M., & Guirardello, E. D. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: Avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. doi:10.5123/s1679-49742017000300022
- Sposito, G., Diogo, M. J. E., Cintra, F. A., Neri, A. L., Guariento, M. E., & De Sousa, M. L. (2010). Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(1), 81-90. doi:10.1590/S1413-35552010000100013.
- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Head, J., Ferrie, J., Shipley, M. (1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 73–81. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00001-9
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Sun, Y., Zhang, D., Yang, Y., Wu, M., Xie, H., Zhang, J., ... & Su, Y. (2017). Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among chinese rural elderly in nursing homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 197-204. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.015>
- Vaz Serra, A. & Firmino H. (1989). Estados de tensão emocional, solidão e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 10(3), 149-155.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias* (1ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Veríssimo, M. T. (2006). Actividade física e envelhecimento. *Psicogeriatrics*, 10(4) 83-94.
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1), 29-44. doi:10.1016/j.jad.2007.06.005
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(41), 1-5. <http://www.ijmhs.com/content/8/1/41>
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey: Manual and institute*. Boston, MA: The Health Institute, New England

Medical Center.

- Weiss, R. (1974). *The Provisions of Social Relationships, in Doing Unto Others*. New Jersey, Hentice Hall, Englewood Cliffs.
- Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatric Clinics*, 28(4), 871-896. doi: 10.1016/j.psc.2005.09.006
- White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1872-1878. doi: 10.2105/AJPH.2008.146894
- Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Bertolucci, P. H. F., Poyares, D., & Moriguchi, E. H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 62-70. doi: 10.1590/S1516-44462001000200004