



Débora Mónica Carreiro Ponte, N.º. 33549

**Intervenção em grupo na depressão para a população idosa: Estudo exploratório sobre a
eficácia clínica e satisfação com o tratamento**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Marlene Sousa

Setembro de 2019

Agradecimentos

Um projeto desta natureza é fruto de uma longa caminhada onde predominaram uma série de preocupações, receios e desafios que foram melhor-superados com o contributo de várias pessoas às quais gostaria de agradecer neste espaço e sem as quais a realização deste projeto seria quase impossível.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer o apoio incondicional e incansável dos meus pais. Apoiaram-me em todas as decisões e sempre fizeram de tudo para que não me faltasse nada e para que conseguisse concluir o curso. A ambos expresso a minha gratidão por todo o carinho, força e pelo reconhecimento nas minhas capacidades, sem sombra de dúvidas que são a minha âncora e a quem devo um imenso obrigada.

E claro, com toda a certeza, esta dissertação não seria exequível sem o apoio incansável e dedicação da minha orientadora Professora Doutora Marlene Sousa. A si agradeço todas as palavras de incentivo, apoio e reconhecimento, a sua disponibilidade e prontidão em ajudar quando mais necessitei. Um muito obrigado pela oportunidade e confiança depositada em mim, foi um enorme prazer tê-la como minha orientadora!

Ao meu namorado, por me ter apoiado sempre em todas as decisões e acreditado em mim, estando sempre presente, mesmo à distância, com palavras de incentivo e força.

Às minhas colegas e amigas, Andreia Róias e Eduarda Moreira, por todos os momentos vivenciados ao longo deste percurso e pela partilha ora de anseios e preocupações ora de palavras de incentivo e força.

À instituição que me acolheu, e mais particularmente, à Dr.^a Ana Mendes e à Dr.^a Conceição Silva, por todo o carinho e auxílio fornecidos, mesmo durante os momentos mais “conturbados” de implementação deste projeto na instituição.

Às pessoas idosas incluídas neste projeto um grande obrigado pela oportunidade e por todo o carinho fornecidos ao longo da implementação do mesmo. Sem sombra de dúvida que

aprendi muito convosco enquanto futura profissional e deixaram uma marca profunda em mim enquanto pessoa.

A todas as outras pessoas não mencionadas, mas que contribuíram de forma direta ou indireta para o meu sucesso.

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.”

Clarice Lispector.

Resumo

Com este estudo procurou-se desenvolver e implementar um programa de intervenção em grupo de natureza Cognitivo-Comportamental, visando a prevenção e redução da sintomatologia depressiva na população idosa, pretendendo, igualmente, perceber o seu efeito na redução da sintomatologia ansiosa e na promoção de níveis mais elevados de qualidade de vida, funcionalidade e satisfação com a vida, bem como a satisfação com o tratamento.

O estudo foi implementado junto de uma amostra de 5 idosos/as, de ambos os sexos ($n = 3$ masculino e $n = 2$ feminino), com idades compreendidas entre os 71 e os 94 anos, de um lar e centro geriátrico do distrito do Porto. Como instrumentos foram utilizados um Questionário Sociodemográfico, *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Geriatric Depression Scale – 15 (GDS-15)*, *Geriatric Anxiety Scale (GAI)*, *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*, *The Index of ADL (Katz Index)*, *World Health Organization Quality of Life – Bref Module (WHOQOL-BREF)*, *World Health Organization Quality of Life – Old Module (WHOQOL-OLD)* e *Client Satisfaction Scale (CSQ-18)*. Os resultados indicaram que o programa foi tendencialmente eficaz na redução/prevenção da sintomatologia depressiva nas pessoas idosas institucionalizadas, proporcionando igualmente um ligeiro aumento da satisfação com a vida e qualidade de vida geral, sendo que tais ganhos tenderam a manter-se um mês após o tratamento. Além disso, os/as idosos/as institucionalizados/as com menores níveis de depressão apresentaram tendencialmente uma maior qualidade de vida global um mês após o término do tratamento. Por fim, os/as participantes do estudo manifestaram níveis altos de satisfação com o tratamento. Os resultados deste trabalho salientam a importância de se atuar na depressão junto da população idosa, com vista, não só à sua redução, mas também à promoção de outras dimensões fulcrais da saúde física e psicológica.

Palavras-chave: Depressão; Ansiedade; Funcionalidade; Qualidade de vida; Satisfação com a vida; Pessoas idosas; Idosos/as institucionalizados/as.

Abstract

With this study we sought to develop and implement a Cognitive-Behavioral group intervention program, aimed at preventing and reducing depressive symptoms in the elderly population, and also intending to understand its effect in reducing anxiety symptoms and promoting higher levels of quality of life, functionality and life satisfaction, as well as satisfaction with treatment. The study was carried out with a sample of 5 elderly men and women ($n = 3$ male and $n = 2$ female), aged between 71 and 94 years, from a nursing home and a geriatric center from Porto district. The instruments used were a *Sociodemographic Questionnaire*, *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale - 15* (GDS-15), *Geriatric Anxiety Scale* (GAI), *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), *The Index of ADL* (Katz Index), *World Health Organization Quality of Life - Bref Module* (WHOQOL-Bref), *World Health Organization Quality of Life - Old Module* (WHOQOL-Old) and *Client Satisfaction Scale* (CSQ-18). The results indicated that the program tended to be effective in reducing / preventing depressive symptoms in institutionalized elderly people, also providing a slight increase in life satisfaction and overall quality of life, and such gains tended to be maintained one month after treatment. In addition, institutionalized older people with lower levels of depression tended to have a higher overall quality of life one month after the end of treatment. Finally, study participants expressed high levels of satisfaction with treatment. The results of this study underscore the importance of acting on depression among the elderly population, aiming not only at reducing it, but also at promoting other key dimensions of physical and psychological health.

Keywords: Depression; Anxiety; Functionality; Quality of life; Satisfaction with life; Elderly people; Institutionalized elderly.

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento teórico	3
1.1. População idosa e o processo de envelhecimento	3
1.1.1. Aumento da população idosa	3
1.1.2. Definição de envelhecimento	2
1.1.3. Adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento	5
1.2. Depressão na população idosa	6
1.2.1. Prevalência da depressão.....	6
1.2.2. Etiopatogenia/especificidades da depressão na população idosa	8
1.2.3. Fatores de risco e de proteção	11
1.3. Depressão, ansiedade, bem-estar subjetivo, funcionalidade e qualidade de vida na população idosa.....	12
1.3.1. Depressão e ansiedade.....	12
1.3.2. Depressão e bem-estar subjetivo	14
1.3.3. Depressão e funcionalidade.....	15
1.3.4. Depressão e qualidade de vida	17
1.3.5. Depressão, funcionalidade e qualidade de vida	18
1.4. Intervenção em grupo na depressão junto da população idosa	19
2. Estudo empírico	21
2.1. Introdução e objetivos do presente estudo	21
2.2. Método	22
2.2.1. Participantes	22
2.2.2. Instrumentos	24
2.2.2.1. Questionário sociodemográfico.....	24

2.2.2.2.	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	24
2.2.2.3.	<i>Geriatric Depression Scale – 15 (GDS-15)</i>	25
2.2.2.4.	<i>Geriatric Anxiety Scale (GAI)</i>	25
2.2.2.5.	<i>Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i>	25
2.2.2.6.	<i>The Index of ADL (Katz Index)</i>	26
2.2.2.7.	<i>World Health Organization Quality of Life – Bref Module (WHOQOL-Bref)</i>	26
2.2.2.8.	<i>World Health Organization Quality of Life – Old Module (WHOQOL-Old)</i>	27
2.2.2.9.	<i>Client Satisfaction Scale (CSQ-18)</i>	27
2.2.3.	Procedimentos	28
2.2.3.1.	Procedimentos de recolha de dados	28
2.2.3.1.1.	Protocolo de avaliação	28
2.2.3.1.2.	Protocolo de intervenção	29
2.2.3.2.	Procedimentos de análise de dados	30
3.	Resultados	31
4.	Discussão	44
5.	Conclusão	48
	Referências Bibliográficas	51

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	23
Tabela 2. Protocolo de avaliação do estudo.....	29
Tabela 3. Estatística descritiva para a GDS nos diversos momentos avaliativos.....	31
Tabela 4. Estatística descritiva para a GAI nos diversos momentos avaliativos.....	35
Tabela 5. Teste de <i>Spearman</i> entre as diversas medidas no pré-teste.....	42
Tabela 6. Teste de <i>Spearman</i> entre as diversas medidas no pós-teste.....	43
Tabela 7. Teste de <i>Spearman</i> entre as diversas medidas no <i>follow-up</i>	43

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução da sintomatologia depressiva nos vários momentos avaliativos.....	33
Figura 2. Evolução da sintomatologia ansiosa nos vários momentos avaliativos.....	37
Figura 3. Evolução das médias das diversas medidas.....	39

Lista de abreviaturas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

Introdução

A depressão constitui um problema de saúde pública que afeta as pessoas de todas as idades, com uma prevalência e incidência elevada em Portugal (Martins, 2008). Dentre as várias faixas etárias que esta acomete, é na população idosa (Lucas, Vinogradova, & Rosa, 2014) que se manifesta a mais elevada prevalência de sintomatologia depressiva, muito embora seja muitas vezes subdiagnosticada e subtratada (Buckley & Lachman, 2007; Fleck et al., 2003; Martins, 2008; Nunes, 2008) devido às suas manifestações específicas (Buckley & Lachman, 2007; Fleck et al., 2003; Martins, 2008; Nunes, 2008), à elevada comorbilidade com outras doenças do foro fisiológico e às causas farmacológicas (Martins, 2008; Williams, 2002), sendo frequentemente confundida e encarada como parte integrante do processo de envelhecimento (Vaz & Gaspar, 2011).

Nas pessoas idosas, a depressão pode conduzir a um comprometimento em várias dimensões, nomeadamente, a diminuição da satisfação com a vida (Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Lee, 2011; Pardal et al., 2013; Salman e Khattri, 2016), da qualidade de vida (Lin et al., 2014; Wada et al., 2004), e da funcionalidade (dos Santos, Pereira, Teixeira, Corazza, Vital & Costa, 2012; Greenglass, Fiksenbaum, & Eaton, 2006; Nóbrega, Leal, Marques, & Vieira, 2015), bem como a dependência funcional, que pode agravar, por sua vez, a sintomatologia depressiva (Maciel & Guerra, 2006; Soares, Coelho, & Carvalho, 2012; Wells, 1989). Além disso, encontra-se também associada a altos níveis de comorbilidade com a sintomatologia ansiosa (Grover, Sahoo, Chakrabarti, & Avasrhi, 2018; Lenze et al., 2000; Veen, van Zelst, Schoevers, Comijs, & Oude Voshaar, 2014).

Tendo em conta este panorama preocupante, têm sido desenvolvidas várias investigações nos últimos anos, no âmbito internacional, que procuram atuar nesta problemática de saúde mental – a *depressão* – especificamente junto da população idosa, através do desenvolvimento e implementação de programas. Dentre os vários programas existentes, a

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), individual e grupal, tem demonstrado claras evidências da sua eficácia na redução da sintomatologia depressiva nesta população (Rokke, Tomhave, & Jovic, 2000; Serfaty et al., 2009; Tristán & Rangel, 2009; Wuthrich & Rapee, 2013; Wuthrich, Rapee, Kangas, & Perini, 2016). Já no âmbito nacional, do nosso conhecimento, há escassos programas que visem uma atuação no sentido da prevenção e/ou diminuição da sintomatologia depressiva na população idosa. De modo a colmatar esta necessidade e a contribuir para o conhecimento científico na área, o presente estudo exploratório teve como principal objetivo desenvolver, implementar e analisar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo na redução da sintomatologia depressiva da população idosa, procurando, igualmente, perceber o seu efeito na redução da sintomatologia ansiosa e na promoção de níveis mais elevados de qualidade de vida, funcionalidade e satisfação com a vida. Este estudo pretendeu, em última análise, contribuir para as práticas dos/as profissionais de psicologia, visando também a prevenção e/ou redução da sintomatologia depressiva e a promoção de bem-estar psicológico na população idosa.

A presente dissertação está dividida em dois capítulos. O primeiro faz alusão ao enquadramento teórico do tema em estudo, procurando descrever os principais constructos (depressão, ansiedade, qualidade de vida, funcionalidade e satisfação com a vida) abordados no estudo e respetivos estudos empíricos, bem como as intervenções existentes na área da depressão nesta população e os resultados clínicos das mesmas. O segundo capítulo apresenta o presente estudo empírico, sendo constituído pela exposição da sua pertinência, objetivo geral e principais questões de investigação. Neste capítulo, é ainda descrito o método, abarcando a caracterização dos participantes, instrumentos e procedimentos. Por último, é apresentada a descrição dos resultados do estudo, bem como a respetiva discussão e as principais conclusões alcançadas.

1. Enquadramento Teórico

1.1. População idosa e o processo de envelhecimento

1.1.1. O aumento da população idosa

O envelhecimento da população é um fenómeno de grande abrangência mundial, que está a ter uma amplitude de crescimento tendencialmente progressivo. A Organização Mundial de Saúde (OMS; 2011) prevê que em 2050 haverá 1.5 bilhões de pessoas com mais de 65 anos, crescimento esse com maior expressão nos países em desenvolvimento. Atualmente, 125 milhões de pessoas têm 80 ou mais anos (OMS, 2018), verificando-se uma tendência crescente para um aumento dos “idosos mais velhos” (pessoas com 85 anos ou mais), prevendo-se um aumento exponencial de 351% entre 2010 e 2050, por comparação com a população de 65 ou mais anos que terá um aumento de 188% no referido espaço de tempo (OMS, 2011).

Portugal não é exceção a este padrão, pois nele residem mais idosos do que jovens. De facto, 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos de idade e apenas 15% têm menos de 15 anos de idade (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018). São dados preocupantes e o quadro parece ainda mais gravoso quando temos em consideração os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE; 2017), que demonstram, através de uma projeção do índice de envelhecimento para daqui a 50 anos, um aumento de pessoas idosas de 160.2% em 2018 para 426.5% em 2068. Assim, as pessoas estão a viver mais anos, o que acarreta maiores incapacidades no âmbito da saúde mental (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017b). Neste contexto, tais mudanças acarretam desafios ao nível da saúde física e mental, sendo necessário adotar e implementar medidas político-sociais e de saúde (DGS, 2016; SNS, 2017, 2018) que proporcionem uma harmonia entre a quantidade de vida e a qualidade de vida.

1.1.2. Definição de envelhecimento

Embora o conceito de envelhecimento seja, no senso comum, frequentemente confundido com o de velhice, ambos os termos são qualitativamente distintos. Neste sentido,

Neri (2009) refere-se à velhice como “a última fase do ciclo vital e um produto da ação concorrente dos processos de desenvolvimento e envelhecimento” (citado por Malloy-Diniz, Fuentes, & Consenza, 2013, p.20). Já o envelhecimento é um processo universal, dinâmico, diferencial, progressivo e irreversível (Brito & Litvoc, 2004 citado por Fachine & Trompieri, 2012; de Oliveira, 2010), inerente a todos os seres humanos, sendo vivenciado de forma idiossincrática por cada um, pois as pessoas não envelhecem todas da mesma forma (Fontaine, 2000).

Birren e Schroots (1997) e Busse (1969) (citados por da Fonseca, 2004; Neri & Deberts, 1999; Stuart-Hamilton, 2002) procuraram clarificar e delimitar melhor as fronteiras, muitas vezes imprecisas, entre o que é normal e patológico no processo de envelhecimento, emergindo então conceitos como: 1) *padrão de envelhecimento primário (ou normal)*: mudanças intrínsecas naturalmente inerentes ao processo de envelhecimento que se caracterizam por serem universais, irreversíveis, progressivas e não-patológicas (e.g., aparecimento de rugas, cabelos brancos, perda de massa óssea e muscular, perdas cognitivas e redução do equilíbrio, força e celeridade); 2) *padrão de envelhecimento secundário (ou patológico)*: mudanças relacionadas com a idade, mas que podem ter um caráter reversível ou preventivo (e.g., Demência de Alzheimer, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares ou depressão) e; 3) *padrão de envelhecimento terciário (ou terminal)*: aumento excessivo de perdas variadas num curto espaço de tempo, ocorrendo assim uma aceleração do declínio, antecedendo a morte.

Além disso, Neri e Deberts (1999) mencionam que Baltes e Baltes (1990) concetualizam a velhice em três subcategorias, designadamente: 1) *velhice normal*, 2) *velhice ótima* e 3) *velhice patológica*. Segundo estes autores, a *velhice normal* diz respeito às “(...) perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais típicas da velhice, as sem patologias” (citado por Neri & Deberts, 1999, p.119). A *velhice ótima* é “compatível com um funcionamento comparável ao de indivíduos mais jovens” (citado por Neri & Deberts, 1999, p.119), enquanto

a *velhice patológica* é “coincidente com a presença de síndromes típicas da velhice ou agravamento de doenças preexistentes” (citado por Neri & Deberts, 1999, p.119).

Deste modo, o envelhecimento pode ser entendido pelos sujeitos como uma experiência heterogênea subjetiva, estando intimamente relacionado com as vivências de cada um (Schneider & Irigaray, 2008), bem como com as condutas adotadas ao longo da vida e relacionadas com a velhice (de Oliveira, 2010; Fonseca, 2006; OMS, 2005).

1.1.3. Adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento é também marcado por diversas perdas, muitas destas decorrentes de uma ampla trajetória de vida e outras do processo de envelhecimento. Na última fase do ciclo vital, isto é, na velhice, há uma maior vivência de perdas, sendo que o tempo para as superar é menor (Netto, 2002a).

A velhice é caracterizada por mudanças e perdas de papéis sociais (Netto, 2002c; Paúl & Ribeiro, 2012). Entre estas, a entrada na reforma representa uma mudança simbólica na vida da pessoa idosa, na medida em que há uma perda do estatuto profissional, bem como a perda da funcionalidade laboral que poderá conduzir, nalguns casos, à inatividade (Fernández-Baleesteros & Izal, 1993 citado por Teixeira, 2010) e isolamento (Fechine & Trompieri, 2012). Segundo de Oliveira (2010), a reforma pode acarretar consequências positivas ou negativas, e a valência destas consequências vai depender da condição sociopsíquica da pessoa idosa e dos membros da família, bem como pode ser indicadora de alterações na dinâmica da família (Netto, 2002c). A reforma pode acarretar aspetos negativos se a pessoa não souber descobrir novas formas de viver, de conviver e de ocupar o seu tempo, como também conter aspetos positivos, designadamente desfrutar de uma maior disponibilidade para se dedicar àquilo que gosta (e.g., cuidar dos/as netos/as, viajar) (de Oliveira, 2010).

De acordo com Paúl e Ribeiro (2012), também as mudanças no seio familiar (e.g., saída dos/as filhos/as de casa, cuidar dos/as netos/as, perda do/a cônjuge ou pessoas próximas e

significativas) implicam uma reorganização pessoal e familiar. Segundo estes autores, as pessoas têm de assumir, muitas vezes, nesta fase, o papel de liderança da geração intermédia (isto é, da geração dos/as filhos/as), de integrar outros papéis (nomeadamente ser avô/avó), de lidar com a perda de pessoas próximas e significativas (e.g., morte do/a cônjuge), e de se ajustarem à doença crónica e dependência, aceitando a ajuda e apoio de terceiros. Neste sentido, também a perda de funcionalidade representa uma mudança significativa (Fechine & Trompieri, 2012), tendo a pessoa idosa de se adaptar ao declínio físico (Paúl & Ribeiro, 2012).

Não raras vezes, por ausência de condições ou suporte familiar, estas pessoas decidem ingressar numa instituição que forneça cuidados permanentes, como é o caso dos lares de idosos e centros geriátricos. Com a entrada nestas instituições, emerge a necessidade de adaptação e aceitação ao novo contexto, às novas pessoas, à convivência com as fragilidades do outro, à perda de intimidade, de autonomia e dos seus interesses. É importante salientar que esta mudança para uma instituição potencia, por vezes, o isolamento social e a alteração de estilo de vida (situação potencialmente stressante para o/a idoso/a), podendo conduzir a um estado depressivo (Runcan, 2012; Netto, 2002b). Neste âmbito, um estudo realizado por Vaz e Gaspar (2011) verificou que, quanto menor é a adaptação à institucionalização, maior é o nível de depressão nos/as idosos/as.

Assim, torna-se importante gerir todas estas perdas e dispor de recursos intrínsecos e extrínsecos para fazer face às mesmas, pois, muitas vezes, podem espoletar o surgimento de perturbações comportamentais reativas de maior incidência nesta população, como é o caso da depressão (Lafer, Almeida, Fráguas Jr, & Miguel, 2000; Teixeira, 2010), bem como conduzir à redução da qualidade de vida.

1.2. Depressão na população idosa

1.2.1. Prevalência da depressão

As doenças do foro mental são cada vez mais prevalentes na população mundial, tendo

estas sofrido um aumento exponencial nos últimos anos, especialmente em países com baixo rendimento salarial (OMS, 2017). Segundo a mesma instituição, a depressão configura-se como a perturbação mental mais comum em todo o mundo, sendo estimada, à data de 2015, em mais de 300 milhões de pessoas, o que equivale a 4.4% da população mundial. Destaca-se, ainda, a alta comorbilidade com perturbações de ansiedade, estando estas presentes em 3.6% da população mundial. Além disso, a OMS (2017) classificou a depressão como a psicopatologia que mais contribui para a incapacidade geral, bem como para as mortes por suicídio (chegando a 800 mil por ano).

Tendo em consideração a prevalência das perturbações do humor, Portugal situa-se no terceiro lugar a nível europeu com uma taxa de 7.9%, sendo a perturbação depressiva major a mais comum, com 6.8% (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2014), e classificada pelo SNS (2018) como um dos problemas de saúde que mais afeta os portugueses. Já no que toca à incidência, de acordo com a Rede de Médicos-Sentinela, observou-se um aumento, no sexo feminino, de 881.7 para 991.9 por 100 mil pessoas entre 2004 e 2012, enquanto, no sexo masculino, nos mesmos anos, esta foi de 289.6 para 347.2 por 100 mil pessoas, verificando-se assim maiores níveis de incidência no sexo feminino (OPSS, 2014).

Apesar da alta prevalência e incidência da perturbação depressiva na comunidade, é na faixa etária mais avançada que esta apresenta valores mais elevados (de Oliveira, 2010), assumindo uma prevalência três a cinco vezes superior à da população geral (Lucas, Vinogradova, & Rosa, 2014). Especificamente em Portugal, segundo a DGS (2017a), a depressão assume, entre os 55 e os 74 anos, uma taxa de prevalência acima de 7.5% para as mulheres e 5.5% para os homens.

Na população idosa, vários estudos existentes constataram uma prevalência de depressão que vai desde os 39.5% até aos 60% (de Melo Neu, Lenardt, Betiulli, Michel & Willig, 2011; Lucas, Vinogradova & Rosa, 2014; Porcu et al., 2002; Vaz & Gaspar, 2011;

Zandona, 2010). Ademais, é de destacar que um estudo realizado por Runcan (2012) aferiu que 100% da amostra, constituída por 50 idosos/as institucionalizados/as, apresentava depressão, sendo que 4% apresentava depressão ligeira, 62% depressão moderada e 34% depressão grave. Além disso, outro estudo de van't Veer-Tazelaar et al. (2008), com uma amostra de 2850 pessoas idosas residentes na comunidade, evidenciou uma prevalência de sintomatologia de 31.1%, enquanto outro estudo de Minicuci, Maggi, Pavan, Enzi e Crepaldi (2002), com uma amostra de 867 pessoas idosas residentes na comunidade, evidenciou a presença de sintomatologia depressiva em 58% das mulheres e em 34% dos homens, evidenciando-se esta mais prevalente no sexo feminino. Já um estudo realizado por Kim, Choe e Chae (2009), com 295 participantes, evidenciou uma prevalência de depressão de 63%.

1.2.2. Etiopatogenia/Especificidades da depressão na população idosa

Nesta população, os fatores responsáveis pelo desenvolvimento de quadros depressivos são variados. De entre estes, Lafer et al. (2000) e Garcia et al. (2006) destacam o importante papel desempenhado pelas alterações biológicas (e.g., genéticas, hormonais ou do metabolismo dos neurotransmissores), psicológicas (e.g., limitação em experienciar algum reforço positivo perante experiências gratificantes), sociais (e.g., ocorrência de uma série de perdas relacionadas com o processo de envelhecimento) e de saúde (e.g., declínio físico progressivo, maior surgimento de doenças fisiológicas e neurodegenerativas) verificadas nesta faixa etária, as quais aumentam a vulnerabilidade para a emergência de um quadro depressivo. Nesta população, a depressão é recorrentemente subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada devido às suas manifestações específicas (Buckley & Lachman, 2007; Fleck et al., 2003; Martins, 2008).

Algumas destas características são maior propensão da pessoa idosa em desenvolver doenças somáticas, maior propensão a ser afetada por fatores ambientais, psicológicos e farmacológicos adversos, podendo a configuração da sintomatologia depressiva ser atípica nalguns casos (Takeda & Tanaka, 2010). Alguns sintomas atípicos deste quadro são agitação,

irritação, confusão, distração, insônia inicial, manifestações hipocondríacas, obsessões variadas, ilusões, características psicóticas, depressão mascarada e pseudo-demência depressiva (de Oliveira, 2010; Netto, 2002b; Takeda & Tanaka, 2010; Whitbourne & Whitbourne, 2011). Tendo em consideração que nesta população existe a possibilidade de coocorrência com doenças físicas, muitas vezes, os estados depressivos podem ser espoletados por algum desses problemas médicos. Neste sentido, surge a designação de depressão mascarada, onde os sintomas depressivos são ofuscados por sintomas somáticos proeminentes, mascarando assim a depressão ativa (que é a base) (Lafer et al., 2000; Lesse, 1974; Netto, 2002b; Takeda & Tanaka, 2010).

A demência, quadro tão prevalente nesta população, também pode contribuir para o agravamento ou desencadeamento de quadros depressivos, sendo que o contrário também se verifica. De facto, a depressão pode, especialmente a partir dos 40 anos, levar a um prejuízo cognitivo, que pode ser confundido com o início de um quadro demencial (Garcia et al., 2006). Neste âmbito, surge a designação de pseudo-demência depressiva (PSD-d), caracterizada pela presença de sinais de demência ou alterações cognitivas (secundárias e esporádicas), principalmente nas capacidades de atenção e memória, que ocorrem durante um episódio depressivo, em pessoas com mais de 65 anos. Este quadro distingue-se da demência devido ao seu caráter reversível, isto é, os défices cognitivos melhoram em conformidade com a melhoria do quadro depressivo (de Oliveira, 2010; Garcia et al., 2006; Netto, 2002b; Parente, 2006b; Stuart-Hamilton, 2002; Takeda & Tanaka, 2010; Whitbourne & Whitbourne, 2011).

De acordo com Parente (2006b), a depressão geriátrica poderá ser um fator de risco para o desenvolvimento de demência. Outros autores consideram ainda o Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL; presença de dificuldades cognitivas, as quais não têm gravidade suficiente para perfazerem um quadro demencial, nem comprometem a realização das atividades básicas de vida diárias) (Parente, 2006a) como um estágio de pré-demência nalgumas pessoas

(Alzheimer's Association, 2015; Lautenschlager, 2002) e que pode desencadear quadros depressivos (Alzheimer Portugal, s.d.).

Contudo, a depressão também é uma perturbação que pode inclusivamente colocar a vida do indivíduo em perigo (Montgomery, 2000), sendo a maior responsável pelas mortes por suicídio (OMS, 2017). Um estudo realizado com 155 participantes em Portugal por Almeida e Quintão (2012), com o objetivo de comparar idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as relativamente às variáveis depressão, ideação suicida, dependência e atividades de lazer, constatou que os/as idosos/as com ideação suicida mais elevada apresentavam sintomatologia depressiva mais grave, bem como uma menor funcionalidade. Outros estudos corroboram esta relação, designadamente o de Pfaff e Almeida (2004), em que a sintomatologia depressiva esteve fortemente relacionada com a ideação suicida em idosos/as. Além disso, outra investigação realizada por Quintão, Costa, Alves e Gusmão (2013) verificou que, nesta população, o método de morrer por suicídio é mais específico e mais letal (e.g., enforcamento, envenenamento e utilização de armas de fogo em homens; enforcamento, afogamento e envenenamento em mulheres), uma vez que usa uma combinação de recursos para obter um desfecho fatal. Perante o exposto, a depressão parece ser caracterizada como um fator de risco para o suicídio (Côrrea, 1996, citado por Porcu et al., 2002).

O fator institucionalização, para além de ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento/agravamento da depressão, também emerge como o contexto em que a depressão é mais prevalente. Um estudo comparativo de Porcu et al. (2002) sobre a prevalência de sintomas depressivos em 30 idosos/as hospitalizados/as, 30 institucionalizados/as e 30 residentes na comunidade, encontrou que é nos/as idosos/as institucionalizados/as que a taxa de prevalência é maior, assumindo um valor de 60% (sendo mais prevalente nas mulheres) em contraponto com os 56.67% em idosos/as hospitalizados/as e com os 23.34% em residentes na comunidade. É de salientar que 33% dos/as idosos/as institucionalizados/as apresentavam

algum indício de ideação ou tentativa de suicídio.

Além disso, um estudo longitudinal de Vicente et al. (2014) descreveu a evolução dos sintomas depressivos em 615 idosos/as institucionalizados/as durante cerca de dois anos, avaliando os fatores associados à mudança nesta variável, e constatou que 10.8% da amostra desenvolveu depressão, 10.8% melhorou em termos da sintomatologia depressiva, 59% manteve a sintomatologia depressiva e 19.3% manteve-se sem depressão. O grupo que desenvolveu depressão tinha como fatores associados a idade mais avançada, ausência de escolaridade, maior sintomatologia ansiosa e menor afeto positivo. O grupo que manteve a depressão piorou no sentimento de solidão, nos sintomas ansiosos e no afeto negativo.

1.2.3. Fatores de risco e de proteção

De acordo com alguns autores, existem diversas variáveis que parecem estar associadas a um prognóstico desfavorável na depressão (fatores de risco). Entre estas estão os eventos stressantes (Akiskal, 1982, citado por Lafer et al., 2000; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009; Stuart-Hamilton, 2002), a falta de suporte social (Abe, Fujise, Fukunaga, Nakagawa, & Ikeda, 2012; George et al., 1989, citado por Lafer et al., 2000; Ozpulat, 2017; Takeda & Tanaka, 2010; Tiong, Yap, Koh, Fong, & Luo, 2013), a gravidade do quadro depressivo e a presença de psicopatologia psicótica (Murphy, 1983; Gonzales et al., 1985, citado por Lafer et al., 2000).

Também a idade avançada (Zalavadiya, Banerjee, Sheth, Rangoonwala, Mitra & Kadri, 2017), o sexo feminino (Arslantas, Ünsal, & Ozbabalık, 2013; Ozpulat, 2017; Padayachey, Ramlall, & Chipps, 2017; Yaka, Keskinoglu, Ucku, Yener, & Tunca, 2014; Zalavadiya et al., 2017), viuvez (Ozpulat, 2017; Padayachey et al., 2017), ser solteiro/a, ter baixo nível de escolaridade, perder membros da família, ter vínculos familiares de pouca qualidade, ter poucas atividades lúdicas, ter doenças crónicas (Abe et al., 2012; Arslantas et al., 2013; Ozpulat, 2017; Restrepo et al., 2013; Zalavadiya et al., 2017) e baixo rendimento económico (Fiske et al., 2009; Ozpulat, 2017; Yaka et al., 2014; Zalavadiya et al., 2017) tendem a contribuir para um

prognóstico desfavorável.

Ademais, fatores como, insónia, ansiedade, demência, neuroticismo, ruminação (Abe et al., 2012; Fiske et al., 2009; Restrepo et al., 2013; Zalavadiya et al., 2017), institucionalização (Drago & Martins, 2012; Runcan, 2012; Runcan, Hațegan, Bărbat & Alexiu, 2010; Zandona, 2010), solidão (Vicente et al., 2014), dependência funcional (Restrepo et al., 2013; Yaka et al., 2014) e perceção subjetiva de saúde negativa (Padayachey et al., 2017; Zalavadiya et al., 2017), parecem ser fatores de risco associados à depressão.

Além disso, é de realçar o estudo realizado por Runcan, Hațegan, Bărbat e Alexiu (2010), que demonstrou que os/as idosos/as institucionalizados/as possuem um maior risco para a depressão com gravidade moderada a severa, tendo sido a institucionalização considerada um fator de risco para o desenvolvimento da mesma. Outros estudos existentes também indicam que a população idosa institucionalizada está mais propensa e vulnerável a desenvolver quadros depressivos (Runcan, 2012; Zandona, 2010) do que a residente na comunidade.

Apesar de todos estes fatores de risco que exacerbam ou predisõem os indivíduos idosos ao desenvolvimento de depressão, torna-se também relevante perceber porque a maioria não desenvolve depressão. Assim, vários autores nomeiam alguns fatores protetores que poderão minimizar e/ou moderar o risco de depressão nesta população, designadamente possuir um autoconceito positivo, sentido de mestria ou autoeficácia (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009), perceção de suporte social, envolvimento religioso, prática das atividades de lazer, maior autonomia nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e uma maior literacia (Tu, Lai, Shin, & Chang, 2012).

1.3. Depressão, ansiedade, bem-estar subjetivo, funcionalidade e qualidade de vida na população idosa

1.3.1. Depressão e ansiedade

Portugal é o segundo país da Europa com a maior prevalência de perturbações de

ansiedade (16.5%) na população em geral (DGS, 2017a; OPSS, 2014). Já nas pessoas idosas, esta perturbação também é muito comum, afetando 10% a 20% da população idosa mundial, constituindo o grupo das fobias o tipo perturbação de ansiedade mais habitual (Geriatric Mental Health Foundation, s.d.). Embora seja uma psicopatologia tratável, o seu subtratamento pode acarretar um comprometimento em várias dimensões, nomeadamente cognitiva, funcional, saúde física e a qualidade de vida (Geriatric Mental Health Foundation, s.d.). Além disso, também pode estar associada a outras perturbações do foro mental (APA, 2014).

Na literatura, vários estudos relatam a elevada comorbilidade de perturbações de ansiedade e depressão na população idosa. A título de exemplo, Beekman et al. (2000) verificou níveis altos de comorbilidade entre depressão major e ansiedade numa amostra de 83 idosos/as, tendo 47.5% das pessoas com depressão preenchido critérios para perturbações de ansiedade. Também van der Veen, van Zelst, Schoevers, Comijs e Oude Voshaar (2014) averiguaram uma prevalência de 38.6% de comorbilidade entre ansiedade e depressão numa amostra de 350 pessoas idosas, tendo a gravidade da depressão constituído um fator determinante para a comorbilidade ansiógena. De igual modo, Gonçalves, Espírito-Santo, Matreno, Firmino e Guadalupe (2012), com o objetivo de analisar a prevalência e gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão em 300 idosos/as institucionalizados/as com e sem declínio cognitivo, verificaram que a maioria da amostra apresenta comorbilidade de sintomas ansiosos (71%), de intensidade moderada a alta, e sintomas depressivos (70%). Ademais, um estudo transversal de Lenze et al. (2000), que visou avaliar as taxas atuais e ao longo da vida e as características clínicas associadas aos transtornos de ansiedade em 182 idosos/as com depressão, constatou que 35% teve pelo menos um diagnóstico de perturbação de ansiedade ao longo da vida e 23% tem um diagnóstico atual. De destacar um estudo recente de Grover, Sahoo, Chakrabarti e Avasrhi (2018) que apurou uma alta prevalência de comorbilidade, sendo que 72.28% dos/as idosos/as com depressão também têm ansiedade, havendo uma correlação positiva e

significativa entre severidade da depressão, ansiedade e sintomas somáticos. Além disso, Khairudin, Nasir, Zainah, Fatimah e Fatimah (2011), num estudo com o intuito de analisar a depressão, ansiedade e *locus* de controlo em 100 idosos/as com demência, evidenciaram também uma correlação positiva e significativa entre depressão e ansiedade, indicando que, quanto maiores são os níveis de depressão, maiores são os níveis de ansiedade nos/as idosos/as com demência.

1.3.2. Depressão e bem-estar subjetivo

O conceito de *bem-estar subjetivo* (BES) tem vindo a ser amplamente estudado, sendo considerado um aspeto central em todas as sociedades, contribuindo para a qualidade de vida (Andrews & Withey, 1976; Simões et al., 2003), e sendo considerado uma dimensão positiva da saúde (Galinha & Ribeiro, 2005).

Ao longo dos anos, alguns investigadores têm-se dedicado ao estudo do bem-estar subjetivo, definindo-o como “an individual’s subjective belief or feeling that his or her life is going well” (Diener, 2009, p.79), sendo que, mais tarde, este veio a ser aperfeiçoado por Oishi, Diener e Lucas (2018) concetualizando-o como “a person’s cognitive and affective evaluations of his or her life as a whole” (p. 1), tendo por base uma componente cognitiva (juízo crítico – satisfação com a vida) e afetiva/emocional (felicidade; emoções) (Galinha & Ribeiro, 2005; Simões et al., 2000). Deste modo, este constructo compreende três dimensões, nomeadamente a satisfação com a vida, a afetividade positiva e negativa, que, embora sejam dimensões distintas, estão relacionadas entre si (Simões et al., 2003).

Já no que diz respeito ao bem-estar subjetivo das pessoas idosas, este parece ser um indicador de saúde geral nesta população (Dzuka & Dalbert, 2000), sendo entendido como uma “autoavaliação da própria vivência da velhice” (Fontaine, 2000, p.22), abrangendo dimensões somáticas e psicológicas que contribuem para a perceção de satisfação e/ou felicidade do próprio sujeito (de Oliveira, 2010). Especificamente, no caso das pessoas idosas, a idade parece

não constituir um fator determinante da percepção do seu bem-estar, mas sim alguns fatores a ela associados, tais como, a debilidade da saúde e a perda de pessoas próximas (de Oliveira, 2010).

Especificamente em relação à *satisfação com a vida*, Salman e Khattri (2016), constataram nos seus resultados que as pessoas idosas residentes em lares têm altos níveis de depressão e baixa satisfação com a vida, ao passo que os/as idosos/as que vivem com a família têm baixos níveis de depressão e altos níveis de satisfação com a vida. Já Lee (2011) encontrou uma correlação negativa entre depressão e satisfação com a vida, sendo que os/as idosos/as que viviam sozinhos/as e sem apoio da família estavam menos satisfeitos/as, mais deprimidos/as e tinham valores inferiores no bem-estar espiritual. Outros autores (Pardal et al., 2013) também encontraram médias elevadas de sintomas de ansiedade, depressão e insatisfação com a vida. Do mesmo modo, Espírito-Santo, Lemos, Simões, Guadalupe e Daniel (2016) também verificaram que os valores mais altos nesta dimensão estavam correlacionados com menores sintomas de ansiedade e depressão. Por fim, num estudo prospetivo, Koivumaa-Honkanen et al. (2001) encontraram que a satisfação com a vida melhorou em consonância com a melhoria da depressão, tendo concluído que a satisfação com a vida é fortemente afetada pela depressão.

1.3.3. Depressão e funcionalidade

Segundo a OMS (2004), o conceito *funcionalidade* abrange todas as funções corporais, atividades e participação, enquanto o termo *incapacidade* engloba deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Assim, ambas são produto da interação dinâmica entre os estados de saúde (e.g., doenças, perturbações, lesões, traumas) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). Além disso, a *funcionalidade* do indivíduo compreende a capacidade para a realização das atividades de vida diária (AVD), sendo que estas incluem tarefas de autocuidado – atividades básicas de vida diária (ABVD) – ou podem ser de cariz mais complexo, sendo necessárias para a vivência na comunidade – atividades instrumentais de vida

diária (AIVD) (Candela, Zucchetti, Ortega, Rabaglietti, & Magistro, 2015). As AVD são comumente utilizadas como indicadores para a incapacidade em pessoas idosas (Candela et al., 2015).

Em Portugal, o índice de dependência nos idosos tem sofrido um aumento nos últimos anos, verificando-se, segundo dados do INE (2017), um índice de dependência nesta população de 30,3% em 2013 para 33,3% em 2017, apresentando as mulheres um índice mais elevado (34,5% em 2013 e 37,5% em 2017) do que os homens (25,8% em 2013 e 28,7% em 2017). dos Santos et al. (2012) referem que as pessoas idosas com depressão estão mais propensas a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando conseqüentemente a sua qualidade de vida. Ademais, importa referir que a dependência constitui um fator importante para a institucionalização (Lini, Portella, & Doring, 2016), sendo encontrados maiores níveis de dependência em idosos institucionalizados (Lini, Doring, Machado, & Portella, 2014). Vários estudos têm reportado que a depressão contribui para a dependência funcional, sendo que o comprometimento funcional pode exacerbar a sintomatologia depressiva (dos Santos et al., 2012).

Neste sentido, um estudo de revisão da literatura realizado por Silva, Silva e Pessoa (2013), concluiu que a depressão conduz a uma diminuição das AVD, podendo levar, por sua vez, à perda de autonomia e conseqüente dependência funcional. Também Greenglass et al. (2006) verificaram que a depressão está positivamente associada à incapacidade funcional. Além disso, Trindade, Barboza, Oliveira e Borges (2013) aferiram que os/as idosos/as institucionalizados/as possuem um menor desempenho cognitivo, menor funcionalidade e maior sintomatologia depressiva em comparação com os/as idosos/as não institucionalizados/as.

Alguns estudos têm reportado que o comprometimento funcional pode exacerbar a sintomatologia depressiva. Soares, Coelho e Carvalho (2012) constataram no seu estudo que a

maior parte da amostra (52,6%) apresenta comprometimento funcional, sendo que o comprometimento na capacidade funcional aumenta a incidência da sintomatologia depressiva. Outro estudo de Maciel e Guerra (2006) corrobora os resultados apontados no estudo anterior, tendo encontrado que a dependência para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) estavam associadas de forma independente à presença de sintomatologia depressiva. Outro estudo no âmbito nacional (Drago & Martins, 2012) também comprova estes resultados, demonstrando que a relação entre as variáveis funcionalidade, satisfação com a vida e depressão é negativa, pelo que os/as idosos/as mais independentes para as AVD e satisfeitos com a sua vida são os/as que têm menor sintomatologia depressiva. Ainda, Vaz e Gaspar (2011) verificaram, numa amostra de 186 idosos/as institucionalizados/as, que a depressão era mais elevada em pessoas com maior dependência nas AVD, tendo o índice de funcionalidade contribuído para 8,2% da variância do nível de depressão.

Porém, contrastando estes resultados, dos Santos et al., (2012) encontraram no seu estudo uma prevalência de 30,5% de pessoas idosas com sintomas depressivos e 63,8% com comprometimento funcional, sendo este último maior entre o sexo feminino. Observaram, ainda, uma correlação positiva, embora fraca, entre a sintomatologia depressiva e o comprometimento funcional.

1.3.4. Depressão e qualidade de vida

A *qualidade de vida* (QV) é um conceito subjetivo, multidimensional (inclui a dimensão física, psicológica, social e espiritual) e envolve a presença de dimensões positivas (e.g., funcionamento, satisfação, mobilidade) e negativas (e.g., dor, fadiga, dependência farmacológica) (The World Health Organization Quality of Life assessment [The WHOQOL Group], 1995). Na população idosa, esta avaliação multidimensional tem em conta normas sociais e interpessoais, e incide sobre as relações passadas, atuais e futuras entre o indivíduo e o seu meio ambiente (Lawton, 1991, citado por Parente, 2006c). Segundo o mesmo autor, esta

avaliação ocorre ao nível de quatro dimensões que se interrelacionam, designadamente, condições ambientais, competência comportamental, percepção de QV e bem-estar psicológico ou subjetivo, refletindo-se no estado funcional do/a idoso/a.

Assim, um estudo de Eva, Elisa, Piera, Lyrakos e Luca (2015), verificou que a depressão é considerada um fator preditor de risco para a QV nas pessoas idosas, acarretando um impacto negativo e resultando na sua redução. Também Nikmat e Almashoor (2013) obtiveram nos seus resultados que a depressão constitui um dos maiores preditores da QV em idosos/as com demência. Corroborando este resultado, Borowiak e Kostka (2004) reforçam que a depressão constitui o maior preditor isolado da QV em pessoas idosas institucionalizadas e residentes na comunidade.

Ademais, existem alguns estudos que referem uma relação negativa e significativa entre a depressão e QV, sendo que ambas se influenciam mutuamente. Assim, um estudo de Bakar e Aşilar (2015) constatou que os valores da depressão e da qualidade de vida se correlacionam de forma negativa e estatisticamente significativa. Também Srinivasan et al. (2015) constataram uma correlação moderada e negativa entre a depressão e a qualidade de vida. Ainda, Akyol et al. (2010) verificaram que o nível de depressão e a intensidade da dor afetam de forma negativa e significativa a qualidade de vida, concluindo que a presença de doenças crónicas, de depressão e de dor são fatores que reduzem a qualidade de vida na população idosa. Por fim, Ilievová et al. (2016) também averiguaram uma correlação negativa estatisticamente significativa entre depressão e qualidade de vida em pessoas idosas.

1.3.5. Depressão, funcionalidade e qualidade de vida

Ademais, outros autores dedicaram-se a analisar a relação entre depressão, funcionalidade e qualidade de vida, embora, do nosso conhecimento, sejam poucos os estudos que analisem a relação entre as três variáveis em questão.

Não obstante, uma investigação de Wada et al. (2004) verificou que as pessoas idosas

com depressão têm valores mais baixos e significativos na funcionalidade nas AVD, bem como na QV, em comparação com as pessoas idosas sem depressão. Nesta sequência, também outro estudo de Lin et al. (2014) verificou que os indivíduos com depressão têm pior QV e funcionalidade nas AVD. Finalmente, Akosile et al. (2018) encontrou uma prevalência de depressão de 49.5% e uma prevalência de incapacidade funcional para a realização de AVD e AIVD de 30% e 40%, respectivamente, porém com uma boa QV. Apuraram também que a depressão tem uma correlação negativa e significativa com a funcionalidade e com a QV. Além disso, a QV correlacionou-se de forma significativa, moderada a razoavelmente forte, com cada domínio da incapacidade funcional.

1.4. Intervenção em grupo na depressão junto da população idosa

Do nosso conhecimento, parece não haver estudos/programas no âmbito nacional que visem qualquer tipo de atuação na problemática da depressão na população idosa, o que por si só se considera uma lacuna, tendo em conta a sua gravidade. Em contrapartida, vários estudos no âmbito internacional desenvolveram programas de intervenção em grupo na população idosa, utilizando, na sua maioria, a abordagem cognitivo-comportamental (TCC) em formato grupal, tendo demonstrado resultados positivos ao nível da sua eficácia na redução da sintomatologia depressiva.

Deste modo, entre os vários programas encontrados na literatura (e.g., Bains, Scott, Kellett, & Saxon, 2014; Costa et al., 2018; Hummel et al., 2016; Hunkeler et al., 2006; Lobo et al., 2012; Longchoopol, Thapinta, Ross, & Lertwatthanawilat, 2018; Lubis et al., 2013; Tristán & Rangel, 2009; Wuthrich & Rapee, 2013; Wuthrich, Rapee, & Perini, 2016) serão enfatizados e descritos, essencialmente, os dois programas de intervenção (Costa et al., 2018; Tristán & Rangel, 2009) utilizados no desenvolvimento e implementação do tratamento realizado na componente empírica do presente estudo.

Assim, destaca-se o programa intitulado “*Psicoterapia cognitivo conductual de grupo*

manualizada como una alternativa a intervención com adultos mayores” de Tristán e Rangel (2009) que teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção em TCC em grupo no tratamento das crenças irracionais, depressão, ansiedade e melhoria do bem-estar subjetivo de 37 participantes com idades compreendidas entre os 57 e 85 anos, composto por um grupo de controlo ($n = 13$) e três grupos de intervenção, sendo que cada grupo possui 8 participantes ($n = 24$). A intervenção é constituída por 8 sessões (6 sessões em grupo e 2 sessões individuais – pré e pós-teste), duas sessões por semana, com duração de duas horas cada e sessões de *follow-up* aos 1 e 3 meses. Tem por base três módulos principais, nomeadamente módulo de relaxamento, reestruturação cognitiva e resolução de problemas. Os seus resultados demonstram uma redução de 51.4% da sintomatologia depressiva, 12.5% da sintomatologia ansiosa, 15.8% das crenças irracionais; e um aumento de 33.3% no bem-estar subjetivo e 21.7% nalgumas AVD. Tais resultados mantiveram-se nos *follow-up* realizados 1 e 3 meses após o término da intervenção.

Para além deste programa, também foi utilizado o manual intitulado “*Intervención em grupo para a depressão ligeira a moderada: Manual para Profissionais de Psicologia*” de Costa et al. (2018), com vista a colmatar algumas componentes não contempladas no manual de Tristán e Rangel (2009). O manual de Costa et al. (2018) enquadra-se numa intervenção de baixa intensidade para tratamento da sintomatologia subclínica persistente ou sintomatologia depressiva ligeira a moderada e tem como base concetual a TCC na depressão de Aaron T. Beck, tendo sido implementado nos cuidados de saúde primários no âmbito do projeto *Stop Depression*. É composto por um total de 6 sessões, designadamente uma sessão de avaliação psicológica e cinco sessões de intervenção que contempla as seguintes componentes: 1) psicoeducação acerca da depressão e seu tratamento, 2) ativação comportamental, 3) resolução de problemas pessoais, 4) resolução de problemas interpessoais e 5) prevenção de recaída. Cada sessão tem uma duração total aproximada de 90 minutos.

2. Estudo empírico

2.1. Introdução e objetivos do presente estudo

Apesar de subdiagnosticada e subtratada (Buckley & Lachman, 2007), a literatura revela que a sintomatologia depressiva é uma problemática muito prevalente na população idosa (Lucas, Vinogradova, & Rosa, 2014), especialmente em contexto de institucionalização (Porcu et al., 2002), comprometendo várias dimensões fulcrais da saúde mental e física, como a QV, a funcionalidade (Wada et al. 2004) e a satisfação com a vida (Salman & Khattri, 2016). Além disso, a comorbilidade com a sintomatologia ansiosa também parece ser elevada, sendo possível verificar, de acordo com os estudos, que nestes quadros clínicos de comorbilidade há uma maior propensão para o agravamento da severidade da sintomatologia depressiva (Pallazolo, 2015).

Do nosso conhecimento, e como foi referido no enquadramento teórico desta dissertação, são inexistentes, em contexto nacional, programas que visem a redução e/ou a prevenção da sintomatologia depressiva nesta população, assim como estudos sobre a sua eficácia. Já em contexto internacional, são vários os programas de intervenção encontrados, sendo que a maioria utiliza a abordagem cognitivo-comportamental em formato grupal devido à existência de evidência empírica que comprova a sua eficácia, bem como aos benefícios que o formato grupal parece proporcionar aos/às participantes.

Tendo em conta este panorama, torna-se premente atuar no sentido de prevenir e reduzir a sintomatologia depressiva nas pessoas idosas. Deste modo, o presente estudo visa colmatar esta lacuna, tendo o intuito de contribuir, não só para a referida redução da sintomatologia depressiva nesta população, mas também para um conseqüente aumento da sua qualidade de vida e bem-estar global. Trata-se, portanto, de um estudo de cariz exploratório, que tem como objetivo geral desenvolver, implementar e testar a eficácia de uma intervenção em grupo de natureza cognitivo-comportamental nesta problemática de saúde mental, procurando, igualmente, perceber o seu efeito na redução da sintomatologia ansiosa e na promoção de níveis

mais elevados de qualidade de vida, funcionalidade e satisfação com a vida, bem como a satisfação com o tratamento.

Tendo em conta os resultados dos vários estudos apresentados na revisão da literatura sobre as problemáticas envolventes, bem como os resultados dos programas de intervenção, elaborou-se as seguintes questões de investigação, nomeadamente:

- **Questão 1:** Como evolui a sintomatologia depressiva dos/as participantes ao longo da intervenção em grupo?
- **Questão 2:** Será que há redução da sintomatologia depressiva após a intervenção em grupo?
- **Questão 3:** Será que a intervenção em grupo tem impacto na diminuição da ansiedade, e no aumento da funcionalidade, qualidade de vida e satisfação com a vida dos/as participantes?
- **Questão 4:** Será que os níveis de depressão estão correlacionados com os níveis de ansiedade, funcionalidade, satisfação com a vida e qualidade de vida dos/as participantes no início e no final da intervenção em grupo?
- **Questão 5:** Qual será a satisfação dos/as participantes com a intervenção em grupo?

2.2. Método

2.2.1. Participantes

O método de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística por conveniência, dado que os/as participantes foram recrutados/as apenas de um lar e centro geriátrico do distrito do Porto (contexto de estágio da aluna que desenvolveu o presente trabalho).

Para a seleção dos/as participantes do presente estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: (1) ≥ 65 anos; (2) valores da *Geriatric Depression Scale* (GDS; sintomatologia depressiva) entre ≥ 5 e 11; e (3) valores do *Mini Mental*

State Examination (MMSE; funcionamento cognitivo) ≤ 22 . Os critérios de exclusão foram: (1) <65 anos de idade; (2) valores da GDS (sintomatologia depressiva) <5 ou >11; (3) diagnóstico de demência ou comorbilidade psiquiátrica grave; (4) alto risco de suicídio; e (5) estar a receber tratamento psicoterapêutico. Salienta-se ainda que os/as participantes foram devidamente esclarecidos/as quanto à natureza e procedimentos subjacentes à intervenção terapêutica e ao estudo, tendo sido obtido o seu consentimento informado e, em casos necessários, do seu/sua responsável legal, bem como a autorização por parte da instituição.

A amostra (ver Tabela 1) foi constituída por 5 participantes de ambos os sexos ($n = 3$ masculino e $n = 2$ feminino), com idades compreendidas entre os 71 (idade mínima) e os 94 anos (idade máxima) ($M = 89.80$, $DP = 9.55$). Relativamente à escolaridade, a maioria completou o 1º ciclo ($n = 4$) e os restantes o 2º ciclo ($n = 1$). Em termos de estado civil, a maioria era viúvo/a ($n = 3$), seguido de casado/a ($n = 1$) e divorciado/a ($n = 1$). No que respeita ao contexto no qual viviam no momento do estudo, 4 participantes viviam na instituição/lar e apenas 1 vivia em casa de familiares. Em relação ao regime com que frequentavam a instituição/lar, 4 encontravam-se em regime de internamento e 1 em regime de centro de dia. Já o tempo de frequência dos/as participantes na instituição, em ambos os regimes, variou de 1 ano (tempo mínimo) a 7 anos (tempo máximo) ($M = 3.80$, $DP = 2.59$).

Tabela 1
Caracterização da amostra

		Frequência	%			
Sexo	Feminino	2	40			
	Masculino	3	60			
Estado civil	1º ciclo	4	80			
	3º ciclo	1	20			
Contexto no qual vive	Casa de familiares	1	20			
	Instituição/Lar	4	80			
Regime de frequência no lar/centro de dia	Regime de internamento	4	80			
	Regime de centro de dia	1	20			
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Idade	5	84.80	9.55	71	94	
Há quanto	5	3.80	2.59	1	7	

tempo
frequenta o
Lar/instituição?

Destaca-se que, a terapeuta que acompanhou os/as participantes encontrava-se a realizar estágio curricular na mesma instituição, tendo sido simultaneamente investigadora. Esta obteve supervisão semanal por uma terapeuta com experiência de 8 anos em TCC.

2.2.2. Instrumentos

2.2.2.1. *Questionário sociodemográfico:*

Foi elaborado pela investigadora um questionário com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos, bem como a história clínica dos/as participantes. Contempla variáveis como a idade, sexo, estado civil, grau de instrução/escolaridade, contexto no qual vive, regime em que se encontra a frequentar na instituição, tempo de frequência na instituição e diagnósticos prévios.

2.2.2.2. *Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975):*

Este instrumento permite rastrear o funcionamento cognitivo, especificamente, as funções cognitivas de orientação, memória, atenção e cálculo e linguagem (Santana et al., 2016). É de fácil e rápida administração, 5 a 10 minutos, tendo uma pontuação que pode variar entre 0 pontos (mínimo), sugestivo de elevado défice cognitivo, e 30 pontos (máximo), indicativo de melhor desempenho cognitivo (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espírito Santo, 2015). O instrumento foi adaptado e traduzido para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994, citado por Morgado et al., 2009), tendo sido estabelecidos pontos de corte para deteção do défice cognitivo de acordo com a literacia dos indivíduos, nomeadamente ≤ 15 pontos para analfabetos, ≤ 22 para 1 a 11 anos de literacia e ≤ 27 para literacia superior a 11 anos (Guerreiro et al., 1994 citado por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009), os quais foram utilizados no presente estudo.

2.2.2.3. *Geriatric Depression Scale – 15 (GDS-15; Yesavage & Sheikh, 1986):*

A Escala de Depressão Geriátrica-15 visa rastrear e avaliar a sintomatologia depressiva na população idosa. É composta por 15 itens de resposta dicotómica (sim/não), com uma pontuação total máxima de 15 pontos. Da totalidade dos 15 itens, 10 indicam a presença de depressão quando respondidos de forma positiva (sim=1 ponto; não=0 pontos), enquanto os restantes itens (1, 5, 7, 11, 13) indicam a presença de depressão quando respondidos de forma negativa (não=1 ponto; sim=0 pontos) (Apóstolo, 2011). Pontuações entre 0-4 sugerem depressão subclínica (“normal”), 5-8 pontos indicam depressão ligeira, 9-11 indicam depressão moderada e 12-15 indicam depressão severa (Greenberg, 2019). Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Apóstolo et al. (2014), apresentando boas propriedades psicométricas.

2.2.2.4. *Geriatric Anxiety Scale (GAI; Pachana et al., 2007):*

A Escala de Ansiedade Geriátrica foi desenvolvida para avaliar a severidade da sintomatologia ansiosa na população idosa. Esta escala pode ser auto ou heteroadministrada, é composta por 20 itens de resposta dicotómica (concordo/discordo) tendo em conta a última semana e constituída pelo menor número possível de sintomas somáticos, de forma a evitar a sobreposição com sintomas de outras condições médicas gerais (Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011). Segundo Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011), versão utilizada no presente estudo, considera-se o ponto de corte 8/9 indicativo de sintomas graves de ansiedade. Foram realizados alguns estudos de validação para a população portuguesa levados a cabo por Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Espírito Santo (2015), numa amostra de idosos/as institucionalizados/as, e por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011). Ambos os estudos revelaram boas propriedades psicométricas.

2.2.2.5. *Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985):*

A Escala de Satisfação com a Vida destina-se a avaliar, essencialmente, a satisfação com a

vida global (componente do bem-estar subjetivo), excluindo itens como o afeto positivo ou a solidão e pode ser usada em diferentes faixas etárias. É uma escala composta por 5 itens, sendo cada item pontuado de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) pontos, de acordo com o grau de concordância dos sujeitos (Neto, 1993). Deste modo, o intervalo possível de pontuações é de 5 pontos, que equivale a baixa satisfação, a 35 pontos, que equivale a alta satisfação, correspondendo este último ao valor máximo da escala (Diener et al., 1985). Foram realizados alguns estudos de tradução e validação para a população portuguesa conduzidos por Simões (1992, citado por Costa, 2013), Neto (1993) e, posteriormente, por Costa (2013). No presente estudo foi utilizada a versão de Neto (1993).

2.2.2.6. *The Index of ADL (Katz Index; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963):*

A Índice de katz avalia o estado funcional e a autonomia da pessoa idosa para a realização de seis atividades básicas de vida diárias (ABVD) (tarefas de autocuidado), sendo estas: banho, vestir, utilização da sanita, transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama, controlo de esfíncteres e alimentação (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [GERMI], s.d.). Permite classificar o indivíduo de acordo com a adequação do desempenho nas seis ABVD (Katz et al., 1963). De acordo com a versão do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [GERMI] (s.d.), utilizada no presente estudo e que se encontra em domínio público, as ABVD são avaliadas de acordo com a recuperação ou deterioração das mesmas, sendo atribuído, para cada ABVD, 0 pontos se a pessoa for considerada dependente e 1 ponto se for independente na respetiva ABVD, sendo que a pontuação total da escala varia de 0 (dependente) a 6 pontos (independente).

2.2.2.7. *World Health Organization Quality of Life – Bref Module (WHOQOL-Bref; The WHOQOL Group, 1998):*

O WHOQOL-Bref permite avaliar a qualidade de vida, sendo uma versão abreviada do WHOQOL-100 e é constituído por um total de 26 perguntas - 24 perguntas relativas aos quatro domínios relacionados com a qualidade de vida (saúde física, psicológica, relações sociais e

meio ambiente); e outras duas perguntas, uma sobre percepção geral de qualidade de vida e outra sobre percepção geral de saúde. As perguntas são avaliadas numa escala de tipo *Likert* de 1 a 5 pontos (escala de resposta de intensidade, capacidade, frequência e avaliação). As pontuações são obtidas através dos resultados de cada domínio e faceta, sendo que, em termos de interpretação, resultados mais elevados correspondem a uma melhor QV e analisados numa escala de 0 a 100 (Simões, Machado, Gonçalves, & Almeida, 2007). Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Vaz Serra et al. (2006) e revelou boas qualidades psicométricas de fiabilidade e validade.

2.2.2.8. World Health Organization Quality of Life – Old Module (WHOQOL-Old; Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005):

O WHOQOL-Old é um módulo suplementar para avaliar a QV, especialmente desenvolvido e adaptado para a população idosa. Difere do WHOQOL-Bref por ser, na versão portuguesa, um módulo constituído por 7 facetas e por um total de 28 itens, 4 itens distribuídos por cada faceta com escala de resposta do tipo *Likert* de 1 a 5 pontos. Assim, as 7 facetas que compõem este módulo são: funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, intimidade e família/vida familiar. Em termos de cotação e interpretação, pode ser obtido um somatório dos itens por facetas, bem como uma pontuação total dos 28 itens do instrumento, sendo que uma pontuação mais elevada corresponde a uma melhor qualidade de vida (Vilar, Sousa, & Simões, 2015). Destaca-se que a versão portuguesa revelou também boas características psicométricas.

2.2.2.9. Client Satisfaction Scale (CSQ-18; Attkisson & Zwick, 1982):

O CSQ-18 visa avaliar o nível global de satisfação com o tratamento. É um questionário composto por 18 itens, sendo cada item avaliado de 1 a 4, tendo uma pontuação mínima de 18 e máxima de 72 valores obtida através do somatório de todos os itens (CSQ Scales, 2012). Uma pontuação total elevada indica níveis altos de satisfação com o tratamento (CSQ Scales, 2012). Na sua versão original (Attkisson & Zwick, 1982) revelou boas qualidades psicométricas,

estando correlacionado com a mudança da sintomatologia. Encontra-se a ser validado para a população portuguesa.

2.2.3. Procedimentos

2.2.3.1. Procedimentos de recolha de dados

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética do ISMAI (CEiSMAI), com vista à obtenção de um parecer acerca dos procedimentos adotados. Salienta-se também a obtenção da autorização por parte da instituição (Anexo 1), o consentimento informado por parte de todos/as os/as participantes incluídos/as no estudo (Anexo 2) ou a autorização do/a responsável legal do/a participante (Anexo 3), em casos necessários.

Para o recrutamento/seleção dos participantes, considerou-se os dados relativos ao MMSE e GDS que constavam nas avaliações neuropsicológicas institucionais, realizadas nos últimos 6 meses e arquivadas nos processos psicológicos dos/as participantes. Descrevem-se, de seguida, os protocolos de avaliação e de intervenção aplicados aos/às participantes integrados no estudo.

2.2.3.1.1. Protocolo de avaliação

As avaliações decorreram no gabinete de psicologia do lar e centro geriátrico da instituição, excetuando-se dois casos em que foram realizadas no quarto do/a participante, por motivos de saúde e/ou recusa dos/as mesmos/as em se deslocarem ao gabinete.

O protocolo de avaliação do estudo (consultar Tabela 2) contemplou a administração de diferentes instrumentos consoante os momentos avaliativos. De salientar que os instrumentos foram administrados pela investigadora em todos os momentos, excetuando-se no decorrer das sessões, em que foram preenchidos de forma autónoma pelos/as participantes. Em relação à sua aplicação, o momento *pré-teste* decorreu uma semana antes do início da intervenção, o *pós-teste* uma semana após o término da intervenção e o *follow-up* um mês após o término da intervenção.

Tabela 2
Protocolo de avaliação do estudo

	Recrutamento/seleção dos participantes do estudo	Pré-intervenção (pré-teste)	Durante a intervenção	Pós-intervenção (pós-teste)	Follow-up
Consentimento informado	x				
Questionário sociodemográfico		x			
MMSE	x				
GDS-15	x	x	x	x	x
GAI		x	x	x	x
SWLS		x		x	x
Índice de Katz		x		x	x
WHOQOL-Bref		x		x	x
WHOQOL-Old		x		x	x
CSQ-18				x	x

2.2.3.1.2. Protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção contempla o programa PIGDII - Programa de Intervenção em Grupo na Depressão em Idosos/as Institucionalizados/as, o qual foi adaptado e elaborado tendo por base dois programas, nomeadamente, o programa de Tristán e Rangel (2009), tendo-se inclusivamente procedido à sua tradução e respetiva adaptação, e o programa de Costa et al., (2018), sendo este último utilizado complementarmente ao de Tristán e Rangel (2009) (e.g., foi incluído a prevenção de recaída). Salienta-se que foram obtidas as autorizações por parte dos autores para a utilização destes manuais no presente estudo.

De referir que o PIGDII foi elaborado e aplicado pela investigadora, tendo sido alvo de *feedback* antes da sua implementação por parte da orientadora de dissertação – Prof.^a Doutora Marlene Sousa. Ademais, a investigadora/terapeuta recebeu supervisão semanal durante a implementação da intervenção, tendo sido necessário algum tempo para estudo e treino antes da implementação de cada sessão, bem como para preparação dos materiais.

Assim, o PIGDII é composto por 6 sessões grupais, tendo periodicidade de uma sessão por semana (cada sessão com duração total aproximada de 120 minutos), abarcando 4 módulos principais, nomeadamente: (1) Módulo de relaxamento; (2) Módulo de reestruturação

cognitiva; (3) Módulo de resolução de problemas e; 4) Módulo de prevenção da recaída (Anexo 4). Além disso, o programa integra o caderno de trabalho fornecido a cada participante, constituído por tarefas a realizar em sessão, tarefas de casa e leituras.

Relativamente à estrutura das sessões, de modo transversal, estas iniciavam-se com o preenchimento dos instrumentos de avaliação (GDS e GAI), breve revisão da sessão anterior, das tarefas de casa e esclarecimento de dúvidas. Subsequentemente realizavam-se as respetivas tarefas de cada sessão e cessavam com a prescrição de novas tarefas. Após cada sessão, eram redigidos relatórios de sessão pela terapeuta, os quais foram alvo de supervisão.

De realçar que sempre que necessário foram realizados alguns ajustes ao tratamento ao da sua condução, tais como, prescrever para casa tarefas não realizadas em contexto de sessão devido a constrangimentos de tempo, realização oral de tarefas ao invés de escrita (por limitações visuais, na motricidade/função praxica e/ou recusa na realização), adaptação da linguagem e ampliação da letra do caderno de trabalho dos/as participantes (devido a limitações visuais).

2.2.3.2. Procedimentos de análise de dados

Recorreu-se ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 25, para efetuar a análise dos dados. Foram utilizadas a estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequências) e inferencial (Teste de Wilcoxon e teste de Spearman), tendo a opção incidido sobre testes não-paramétricos devido ao tamanho reduzido da amostra. Além disso, a magnitude das diferenças (Teste de Wilcoxon) e das correlações (Teste de Spearman) foi interpretada tendo em consideração o tamanho do efeito, definido de acordo com os seguintes valores: .1 corresponde a um tamanho do efeito pequeno, .3 a um efeito moderado e .5 a um efeito elevado (Cohen, 1988; 1992, citado por Field, 2013).

3. Resultados

Neste t3pico ser3o apresentados os resultados obtidos no presente estudo.

3.1. Evolu3o da sintomatologia depressiva ao longo do tratamento

De acordo com o interesse em perceber se o tratamento proporciona redu3o da sintomatologia depressiva e como a mesma evolui ao longo do tratamento, nesta parte procura-se caracterizar a sintomatologia depressiva em todos os momentos avaliativos (pr3-teste, durante a interven3o, p3s-teste e *follow-up*), avaliar a sua severidade, bem como analisar a exist3ncia de eventuais diferen3as entre o pr3-teste e p3s-teste e pr3-teste e *follow-up*.

3.1.1. Caracteriza3o da sintomatologia depressiva antes da interven3o

Como ponto de partida, nesta parte, pretende-se perceber quais os valores da sintomatologia depressiva da amostra (Tabela 3), bem como a sua severidade antes do in3cio da interven3o (Anexo 5). Assim sendo, a m3dia da sintomatologia depressiva da amostra era de 8.00 valores ($DP = 1.58$; $M3n. = 6$; $M3x. = 10$), indicativo de depress3o ligeira. Congruentemente, quando se analisa o n3vel da severidade da sintomatologia depressiva, verifica-se que 3 (60%) participantes apresentavam depress3o ligeira e apenas 2 (40%) depress3o moderada.

Tabela 3

Estat3stica descritiva para a GDS nos diversos momentos avaliativos

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	M3nimo	M3ximo
GDS Pr3-Teste	5	8.00	1.581	6	10
GDS Sess3o 1	5	8.40	2.302	6	12
GDS Sess3o 2	5	6.20	1.483	4	8
GDS Sess3o 3	5	7.40	2.966	4	12
GDS Sess3o 4	4	6.25	2.062	4	8
GDS Sess3o 5	5	7.40	1.140	6	9
GDS Sess3o 6	5	6.60	1.517	5	9
GDS P3s-Teste	5	5.80	1.483	4	8
GDS Follow-Up	5	5.20	2.168	2	8

3.1.2. Caracteriza3o da sintomatologia depressiva durante a interven3o

Importa, ent3o, entender a evolu3o sintomatologia depressiva dos/as participantes durante a interven3o atrav3s das m3dias da mesma em cada sess3o. Neste sentido e conforme exposto na Tabela 3, a m3dia da sintomatologia depressiva na sess3o 1 era de 8.40 valores ($DP = 2.30$;

Mín. = 6; *Máx.* = 12), assistindo-se a um decréscimo da média para 6.20 (*DP* = 1.48; *Mín.* = 4; *Máx.* = 8) na sessão 2, na qual se verificou o valor mais baixo de todas as sessões. Já na sessão 3, a média aumentou ligeiramente para 7.40 (*DP* = 2.97; *Mín.* = 4; *Máx.* = 12), sendo que na sessão 4 voltou a reduzir para 6.25 (*DP* = 2.06; *Mín.* = 4; *Máx.* = 8), constatando-se aqui o segundo valor mais baixo, porém, com um valor omissos (*n* = 4). Na sessão 5, voltou a aumentar ligeiramente para 7.40 valores (*DP* = 1.14; *Mín.* = 6; *Máx.* = 9), enquanto na sessão 6 houve um decréscimo para 6.60 (*DP* = 1.52; *Mín.* = 5; *Máx.* = 9). Em todas as sessões, a média do grupo dos/as participantes indicava depressão ligeira, assistindo-se a pequenas flutuações ao longo do tratamento. Salienta-se que os valores mais baixos foram obtidos nas sessões 2 e 4, que correspondem, respetivamente, aos módulos de “Treino de Relaxamento” e “Consolidação de competências de reestruturação cognitiva”.

3.1.3. Caracterização da sintomatologia depressiva após a intervenção

Já após a intervenção, é importante perceber quais os valores (Tabela 3) e severidade (Anexo 5) da sintomatologia depressiva no pós-teste e *follow-up*, a fim de verificar se o tratamento proporcionou redução da sintomatologia depressiva dos/as participantes, bem como se os resultados se mantêm 1 mês após o término do tratamento. Deste modo, no *pós-teste*, a média da sintomatologia depressiva da amostra era de 5.80 valores (*DP* = 1.48; *Mín.* = 4; *Máx.* = 8), sugestivo de depressão ligeira. Já no *follow-up*, a média manteve-se praticamente inalterada com 5.20 valores (*DP* = 2.17; *Mín.* = 2; *Máx.* = 8), indicando igualmente depressão ligeira. Mais especificamente, em ambos os momentos, apenas 1 (20%) participante apresentava depressão subclínica, sendo que 4 (80%) pontuavam como depressão ligeira. Assim, quando comparados com os valores do pré-teste, regista-se uma redução da severidade da sintomatologia depressiva, sendo que os ganhos tendem a manter-se 1 mês após o término do tratamento.

3.1.4. Mudança ao longo do tratamento

De forma mais concreta, no presente tópico importa analisar a evolução de cada participante ao longo do tratamento, bem como a existência de eventuais diferenças entre dois momentos temporais, nomeadamente pré-teste e pós-teste, e pré-teste e *follow-up*.

Assim, atendendo à Figura 1, é possível averiguar que o/a participante 1 apresentou depressão ligeira (8 valores) no pré-teste, depressão subclínica (4 valores) no pós-teste e depressão subclínica (2 valores) no *follow-up*. Verifica-se então, redução da sintomatologia depressiva após o tratamento, a qual tende a diminuir mesmo 1 mês após o término. Além disso, destaca-se que este/esta participante passou de um nível de depressão ligeira para depressão subclínica.

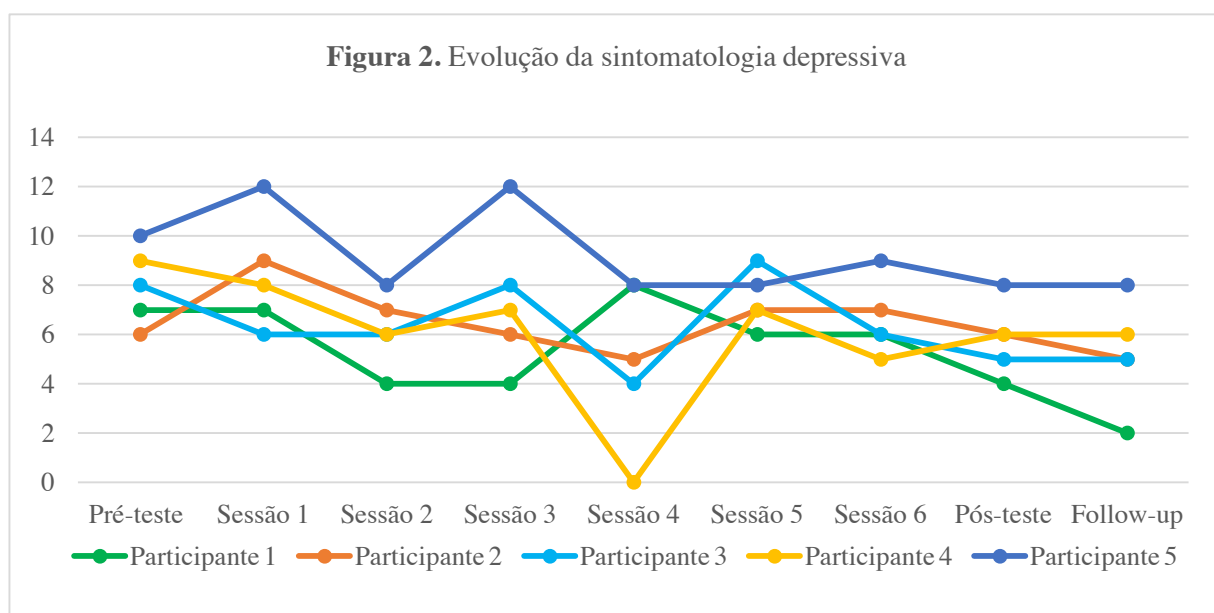


Figura 1. Evolução da sintomatologia depressiva nos vários momentos avaliativos.

O/A participante 2 apresentou depressão ligeira (6 valores) no pré-teste, depressão ligeira (6 valores) no pós-teste e depressão ligeira (5 valores) no *follow-up*. Assim, o tratamento parece não parece ter tido impacto nos valores da sintomatologia depressiva, assim como no seu nível de severidade.

Também o/a participante 3 apresentou depressão ligeira (8 valores) no pré-teste, depressão

ligeira (5 valores) no pós-teste e depressão ligeira (5 valores) no *follow-up*. Apesar de se evidenciar redução da sintomatologia depressiva, a severidade da mesma permanece inalterada, muito embora o valor se encontre muito próximo do ponto de corte para depressão subclínica.

Já o/a participante 4 apresentou depressão moderada (9 valores) no pré-teste, depressão ligeira (6 valores) no pós-teste e depressão ligeira (6 valores) no *follow-up*. Estes valores parecem demonstrar que o tratamento proporcionou redução da sintomatologia depressiva, sendo que os ganhos se mantiveram um mês após o tratamento. Destaca-se ainda, que este/esta participante passou de um nível de depressão moderada para depressão ligeira.

Por fim, o/a participante 5 apresentou depressão moderada (10 valores) no pré-teste, depressão ligeira (8 valores) no pós-teste e depressão ligeira (8 valores) no *follow-up*. De igual modo, o tratamento parece ter proporcionado redução da sintomatologia depressiva, bem como do seu nível de severidade, sendo que os ganhos aparentaram manter-se um mês após a intervenção.

Além do mais, tendo em consideração a Figura 1, é possível observar, ao longo do tratamento, um padrão tendencialmente decrescente (não linear) da sintomatologia depressiva em todos os/as participantes, embora se evidenciem algumas oscilações durante o mesmo. Porém, a partir da sessão 5 constata-se uma tendência decrescente mais linear dos sintomas depressivos. Pode ainda observar-se, numa leitura global, que os/as participantes que iniciaram com níveis de sintomatologia ligeira (participantes 1, 2 e 3) foram os/as que, no final do tratamento, obtiveram os níveis mais baixos de sintomatologia depressiva, enquanto os/as participantes que iniciaram o tratamento com níveis mais altos (participantes 4 e 5) foram os/as que apresentaram níveis mais altos no final do tratamento.

Também o Teste de Wilcoxon (Anexo 6) parece atestar estas mudanças, uma vez que revela existirem diferenças marginalmente significativas entre os momentos de pré-teste e pós-teste ($z = -1.890$, $p = .059$, $r = -.55$) com um tamanho do efeito elevado, assim como aponta para a

existência de diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e *follow-up* ($z = -2.032$, $p = .042$, $r = -.59$), com um tamanho do efeito igualmente elevado. Deste modo, estes resultados sugerem que a sintomatologia depressiva tende a ser inferior no pós-teste do que no pré-teste, sendo que esta redução se acentua no *follow-up*.

3.2. Impacto do tratamento na ansiedade, funcionalidade, satisfação com a vida e QV

De modo a perceber o efeito do tratamento na redução da sintomatologia ansiosa e na promoção de níveis mais elevados de qualidade de vida, funcionalidade e satisfação com a vida, pretende-se, neste tópico, caracterizar as diversas variáveis em todos os momentos avaliativos (pré-teste, durante a intervenção, pós-teste e *follow-up*), bem como analisar a existência de eventuais diferenças entre o pré-teste e pós-teste, e pré-teste e *follow-up*.

3.2.1. Impacto do tratamento na sintomatologia ansiosa

3.2.1.1. Caracterização da sintomatologia ansiosa antes da intervenção

Neste tópico, pretende-se perceber quais os valores da sintomatologia ansiosa da amostra (Tabela 4), bem como a sua severidade antes do início da intervenção (Anexo 7). Deste modo, a média da sintomatologia ansiosa da amostra era de 10.80 valores ($DP = 4.87$; $Mín. = 3$; $Máx. = 16$), valor indicativo da presença de sintomas clínicos de ansiedade. Concordantemente, quando se analisa o nível de severidade da sintomatologia ansiosa, apenas 1 (20%) participante apresentava sintomas de ansiedade subclínicos, sendo que a maioria ($n = 4$; 80%) apresentava sintomas de ansiedade clínicos.

Tabela 4

Estatística descritiva para a GAI nos diversos momentos avaliativos

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
GAI Pré-Teste	5	10.80	4.868	3	16
GAI Sessão 1	5	12.00	5.431	5	18
GAI Sessão 2	5	11.80	1.643	9	13
GAI Sessão 3	5	14.40	4.393	8	20
GAI Sessão 4	4	15.00	5.598	7	20
GAI Sessão 5	5	12.00	4.743	6	17
GAI Sessão 6	5	12.00	3.000	8	15
GAI Pós-Teste	5	10.40	3.362	6	14
GAI Follow-Up	5	9.60	2.881	6	13

3.2.1.2. Caracterização da sintomatologia ansiosa durante a intervenção

Posto isto, interessa perceber a evolução da sintomatologia ansiosa dos/as participantes durante a intervenção através das médias de cada sessão. Assim, atendendo à Tabela 4, a média da sintomatologia ansiosa da amostra era de 12.00 valores ($DP = 5.43$; $Mín. = 5$; $Máx. = 18$), verificando-se um ligeiro decréscimo para 11.80 ($DP = 1.64$; $Mín. = 9$; $Máx. = 13$) na sessão 2. Já na sessão 3, a média aumentou para 14.40 ($DP = 4.39$; $Mín. = 8$; $Máx. = 20$), tendo continuado a aumentar para 15.00 ($DP = 5.60$; $Mín. = 7$; $Máx. = 20$) na sessão 4. Na sessão 5, a média voltou a decrescer para 12.00 ($DP = 4.74$; $Mín. = 6$; $Máx. = 17$), sendo que na sessão 6, permaneceu inalterada com 12.00 valores ($DP = 3.00$; $Mín. = 8$; $Máx. = 15$). Em todas as sessões, a média do grupo de participantes indica presença de sintomas de ansiedade clínicos.

3.2.1.3. Caracterização da sintomatologia ansiosa após a intervenção

Já após a intervenção, importa perceber quais os valores (Tabela 4) e a severidade da sintomatologia ansiosa no pós-teste e *follow-up* (Anexo 7), com o intuito de verificar qual o efeito do tratamento na sintomatologia ansiosa. Deste modo, no pós-teste, a média da sintomatologia ansiosa da amostra era de 10.40 ($DP = 3.36$; $Mín. = 6$; $Máx. = 14$). Já no *follow-up*, a média tende a reduzir ligeiramente para 9.60 ($DP = 2.88$; $Mín. = 6$; $Máx. = 13$). Em ambos os momentos, as médias são indicativas de presença de sintomas de ansiedade clínicos. Mais concretamente, em ambos os momentos, somente 1 (20%) participante apresenta sintomas de ansiedade subclínicos, sendo que 4 (80%) ainda apresentavam sintomas de ansiedade clínicos. Assim, comparativamente aos valores do pré-teste ($M = 10.80$), verifica-se que os valores da sintomatologia ansiosa permanecem praticamente inalterados, verificando-se uma ligeira redução no *follow-up*. Também a severidade da sintomatologia ansiosa permanece inalterada, quer no pós-teste, quer no *follow-up*. Estes dados parecem sugerir que o tratamento não provocou uma redução na sintomatologia ansiosa, porém, parece ter contribuído para a prevenção da sua exacerbação.

3.2.1.4. Mudança ao longo do tratamento

De modo mais específico, no presente tópico pretende-se analisar a evolução de cada participante ao longo do tratamento, assim como a existência de eventuais diferenças entre dois momentos temporais, designadamente pré-teste e pós-teste, e pré-teste e *follow-up*.

Assim, tendo em conta a Figura 2, é possível constatar que o/a participante 1 apresentou sintomas de ansiedade clínicos (13 valores) no pré-teste, sintomas clínicos (11 valores) no pós-teste e sintomas clínicos (9 valores) no *follow-up*. Verifica-se então, uma ligeira redução dos valores da sintomatologia ansiosa após o término do tratamento, a qual tende a diminuir subtilmente um mês após o mesmo. Assim, neste caso, o tratamento parece ter proporcionado um efeito ligeiro na redução da sintomatologia ansiosa.

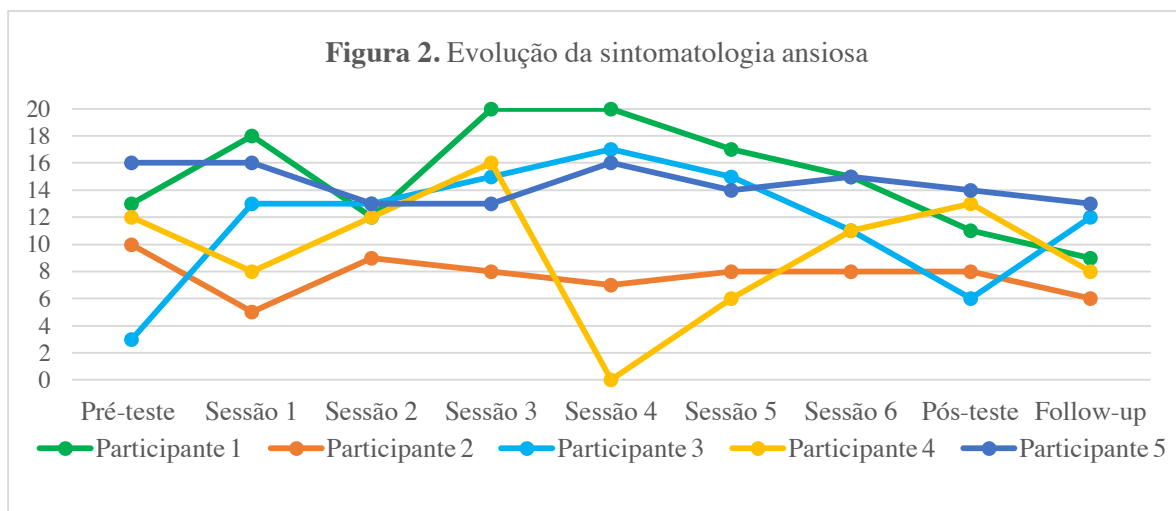


Figura 2. Evolução da sintomatologia ansiosa nos vários momentos avaliativos.

O/A participante 2 manifestou sintomas de ansiedade clínicos (10 valores) no pré-teste, sintomas de ansiedade clínicos (8 valores) no pós-teste e sintomas subclínicos (6 valores) no *follow-up*. Estes valores parecem demonstrar que o tratamento proporcionou ligeira redução da sintomatologia ansiosa, na qual a mesma tende a diminuir, embora de forma ténue, mesmo um mês após o tratamento. Destaca-se ainda que, no *follow-up*, este/esta participante passou de sintomas clínicos para sintomas subclínicos de ansiedade.

Já o/a participante 3, apresentou sintomas de ansiedade subclínicos (3 valores) no pré-teste,

sintomas de ansiedade subclínicos (6 valores) no pós-teste e sintomas clínicos (12 valores) no *follow-up*. Neste caso, a sintomatologia bem como a sua severidade aumentou ao longo do tratamento, o que pode ter sido provocado por acontecimentos externos à intervenção.

O/A participante 4 apresentou sintomas de ansiedade clínicos (12 valores) no pré-teste, sintomas de ansiedade clínicos (13 valores) no pós-teste e sintomas de ansiedade clínicos (8 valores) no *follow-up*. Estes valores parecem demonstrar que o tratamento não teve um impacto significativo nos valores dos sintomas de ansiedade, bem como na severidade dos mesmos, embora se verifique maior redução um mês após o seu término - momento em que os valores se encontram no limiar do ponto de corte para sintomas subclínicos.

Por fim, o/a participante 5 apresentou sintomas de ansiedade clínicos (16 valores) no pré-teste, sintomas clínicos (14 valores) no pós-teste e sintomas clínicos (13 valores) no *follow-up*. Apesar de evidenciar-se redução da sintomatologia ansiosa após o tratamento, bem como 1 mês depois, a severidade da sintomatologia ansiosa tende a manter-se praticamente idêntica.

Ainda, tendo em conta a Figura 2, ao longo do tratamento pode observar-se um padrão não linear e com algumas oscilações em todos os/as participantes, na qual os valores mais baixos foram obtidos no *follow-up* ($n = 4$). Portanto, embora o tratamento proporcione subtil redução da sintomatologia ansiosa na maioria dos/as participantes ($n = 3$), estas diferenças não são estaticamente significativas.

De facto, os Testes de Wilcoxon (Anexo 8) revelaram a não existência de diferenças entre o pré-teste e pós-teste ($z = -.412, p = .680, r = -.12$), bem como entre o pré-teste e *follow-up* ($z = -.687, p = .492, r = -.20$), sendo que ambas as diferenças apresentam um tamanho do efeito pequeno.

3.2.2. Impacto do tratamento na funcionalidade

3.2.2.1. Caracterização e mudança da funcionalidade antes e após a intervenção

Neste tópico pretende-se, em primeiro lugar, perceber quais os valores de independência para as ABVD da amostra (Anexo 9), bem como a sua severidade antes e após o tratamento (Anexo 10). Em segundo lugar, procura-se analisar a existência de eventuais diferenças entre dois momentos temporais, designadamente, pré-teste e pós-teste, e pré-teste e *follow-up*. Assim, constatou-se que no pré-teste, pós-teste e *follow-up* (Figura 3), a média da amostra era de 2.40 valores ($DP = 1.52$; $Mín. = 1$; $Máx. = 4$), refletindo assim um nível de dependência grave para a realização das ABVD. Em congruência, o nível de independência para a realização das ABVD no pré-teste, pós-teste e *follow-up* não sofreu qualquer alteração, dado que 2 (40%) participantes apresentavam dependência grave, 1 (20%) apresentava dependência moderada e 2 (40%) apresentavam independência total. Deste modo, parece que o tratamento não teve qualquer efeito na variável funcionalidade, uma vez que as médias e o nível de independência para as ABVD permaneceram inalterados em todos os momentos.

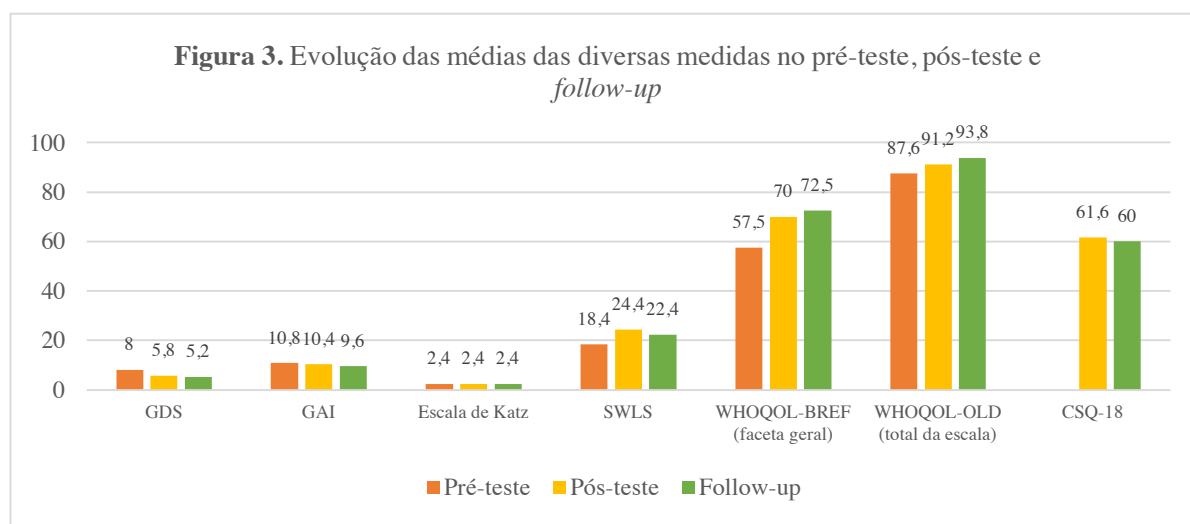


Figura 3. Evolução das médias das diversas medidas.

Em termos de mudança e em consonância com os resultados anteriores, os Testes de Wilcoxon (Anexo 11) revelaram não existirem diferenças entre o pré-teste e pós-teste ($z = .000$, $p = 1.00$, $r = .00$), nem entre o pré-teste e *follow-up* ($z = .000$, $p = 1.00$, $r = .00$).

3.2.3. Impacto do tratamento na satisfação com a vida

3.2.3.1. Caracterização e mudança da satisfação com a vida antes e após a intervenção

Neste tópico procura-se, primeiramente, perceber quais os valores de satisfação com a vida da amostra (Figura 3; Anexo 12) e, posteriormente, analisar a existência de eventuais diferenças entre dois momentos temporais, designadamente, pré-teste e pós-teste, e pré-teste e *follow-up*. Desta forma, no pré-teste, constatou-se que a média da amostra era de 18.40 valores ($DP = 5.50$; $Mín. = 13$; $Máx. = 26$). No pós-teste denota-se um aumento dos níveis médios de satisfação com a vida para 24.40 valores ($DP = 1.82$; $Mín. = 22$; $Máx. = 27$). Já no *follow-up*, verifica-se uma ténue redução para 22.40 valores ($DP = 2.07$; $Mín. = 19$; $Máx. = 24$). Em todos os momentos, as médias indicaram moderada satisfação com a vida. De modo geral, parece que o tratamento proporcionou um ligeiro aumento da satisfação com a vida dos/as participantes. Quando se analisa os resultados obtidos a partir dos Testes de Wilcoxon (Anexo 13), verifica-se que estas diferenças não são significativas, nem entre o pré-teste e pós-teste ($z = -1.473$, $p = .141$, $r = -.43$), nem entre o pré-teste e *follow-up* ($z = -1.355$, $p = .176$, $r = -.39$). Não obstante, ambas as diferenças apresentam um tamanho do efeito moderado.

3.2.4. Impacto do tratamento na QV

3.2.4.1. Caracterização e mudança da QV antes e após a intervenção

Nesta parte, procura-se perceber quais os valores da QV, medida pelo WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, da amostra (Figura 3; Anexo 14) e, posteriormente, analisar a existência de diferenças entre dois momentos temporais, sendo estes, pré-teste e pós-teste e pré-teste e *follow-up*. Desta forma, em relação à faceta geral do *WHOQOL-Bref*, no pré-teste constatou-se que a média da amostra era de 57.50 ($DP = 18.96$; $Mín. = 25.00$; $Máx. = 75.00$), valor que indica uma QV geral e percepção geral de saúde moderadas. Já no pós-teste, verifica-se um aumento da média para 70.00 ($DP = 14.25$; $Mín. = 50.00$; $Máx. = 87.50$), sendo que, no *follow-up*, aumenta ainda para 72.50 ($DP = 13.69$; $Mín. = 50.00$; $Máx. = 87.50$). Estas últimas duas médias parecem

apontar para uma boa QV geral e percepção geral de saúde satisfatória. Estes resultados sugerem que o tratamento proporcionou um aumento da QV geral dos/as participantes, a qual tende a aumentar mesmo um mês após a intervenção. Em concordância, os Testes de Wilcoxon (Anexo 15) revelaram existirem diferenças marginalmente significativas entre o pré-teste e pós-teste ($z = -1.890, p = .059, r = -.55$), com um tamanho do efeito elevado. Além disso, apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e *follow-up* ($z = -2.121, p = .034, r = -.61$), com um tamanho do efeito igualmente elevado. Assim, estes resultados sugerem que a QV tende a ser superior no pós-teste do que no pré-teste, sendo que este aumento se acentua no *follow-up*.

Quanto ao valor global da escala da QV medida pelo *WHOQOL-OLD* (Figura 3; Anexo 16), no pré-teste, a média da amostra era de 87.60 ($DP = 11.52; Min. = 78.00; Máx. = 102.00$), sendo notório um ligeiro aumento para 91.20 ($DP = 21.77; Min. = 62.00; Máx. = 114.00$) no pós-teste e para 93.80 valores ($DP = 10.90; Min. = 81.00; Máx. = 110.00$) no *follow-up*. As médias parecem indicar uma boa QV. De igual modo, parecem sugerir que o tratamento proporcionou um ligeiro aumento da QV geral dos/as participantes, a qual tende a aumentar ligeiramente um mês após a intervenção. No entanto, os Testes de Wilcoxon (Anexo 17) revelaram não existirem diferenças entre o pré-teste e pós-teste ($z = -.542, p = .588, r = -.16$), com um tamanho do efeito pequeno, assim como, revelaram não haver diferenças entre o pré-teste e *follow-up* ($z = -1.355, p = .176, r = -.39$), com um tamanho do efeito moderado.

3.3. Correlação entre sintomatologia depressiva e a ansiedade, funcionalidade, satisfação com a vida e qualidade de vida

Nesta parte pretende-se perceber se os níveis de depressão estão correlacionados com os níveis de ansiedade, funcionalidade, satisfação com a vida e qualidade de vida dos/as participantes no início e no final da intervenção em grupo.

3.3.1. Correlação entre depressão e restantes variáveis antes da intervenção

No que tange à relação entre a *depressão*, *ansiedade* ($r_s = .500, p = .391$), *funcionalidade* ($r_s = .791, p = .111$) e *QV medida pelo WHOQOL-Old* ($r_s = -.564, p = .322$) (Tabela 5), verifica-se ausência de correlação entre as variáveis, muito embora as mesmas apresentem um tamanho do efeito elevado. Verifica-se também ausência de correlação entre as variáveis *depressão* e *satisfação com a vida* ($r_s = -.300, p = .624$) (Tabela 5), tendo esta um tamanho do efeito moderado. Do mesmo modo, verifica-se ausência de correlação entre as variáveis *depressão* e *QV medida pelo WHOQOL-Bref* ($r_s = .224, p = .718$) (Tabela 5), com um tamanho do efeito pequeno. Assim, no pré-teste, os níveis de depressão não estão correlacionados com as restantes variáveis.

Tabela 5

Teste de Spearman entre as diversas medidas no pré-teste

	GDS ^a
GAI	.500
Índice de Katz	.791
SWLS	-.300
WHOQOL-Bref - Faceta geral	.224
WHOQOL-Old - Soma Total dos Itens	-.564

Nota. ^a Coeficiente de correlação de Spearman; $p < .05$.

3.2.2. Correlação entre depressão e restantes variáveis uma semana após a intervenção

Alusivamente à relação entre a *depressão* e *ansiedade* ($r_s = .616, p = .269$), *satisfação com a vida* ($r_s = -.658, p = .227$) e *QV medida pelo WHOQOL-Old* ($r_s = -.667, p = .219$) (Tabela 6), verifica-se ausência de correlação entre as variáveis, muito embora estas apresentem um tamanho do efeito elevado. Da mesma forma, verifica-se ausência de correlação entre as variáveis *depressão* e *funcionalidade* ($r_s = .406, p = .498$) (Tabela 6), com um tamanho do efeito moderado, bem como entre as variáveis *depressão* e *QV medida pelo WHOQOL-Bref* ($r_s = -.289, p = .637$) (Tabela 6), com um tamanho do efeito pequeno. Assim, no pós-teste, os níveis de depressão também não estão correlacionados com as restantes variáveis, apesar de a maioria das relações apresentarem tamanhos de efeito elevados.

Tabela 6

Teste de Spearman entre as diversas medidas no pós-teste

	GDS ^a
GAI	.616
Índice de Katz	.406
SWLS	-.658
WHOQOL-Bref - Faceta Geral	-.289
WHOQOL-Old - Soma Total dos Itens	-.667

Nota. ^a Coeficiente de correlação de Spearman; $p < .05$.

3.2.3. Correlação entre depressão e restantes variáveis um mês após a intervenção

Quanto à relação entre a *depressão* e *ansiedade* ($r_s = .359, p = .553$) e *QV medida pelo WHOQOL-Bref* ($r_s = -.344, p = .571$) (Tabela 7), verifica-se ausência de correlação entre as variáveis, com um tamanho do efeito moderado. Relativamente às variáveis *depressão* e *funcionalidade* ($r_s = .649, p = .236$) (Tabela 7), também se verifica ausência de correlação, com um tamanho do efeito elevado. De igual modo, verifica-se ausência de correlação entre as variáveis *depressão* e *satisfação com a vida* ($r_s = .158, p = .800$) (Tabela 7), com um tamanho do efeito pequeno. Por outro lado, verifica-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa ($r_s = -.975, p = .005$) entre as variáveis *depressão* e *QV medida pelo WHOQOL-Old* (Tabela 7), com um tamanho do efeito elevado. Esta relação sugere que quando a depressão diminui a QV aumenta, verificando-se também o seu inverso.

Tabela 7

Teste de Spearman entre as diversas medidas no follow-up

	GDS ^a
GAI	.359
Índice de Katz	.649
SWLS	.158
WHOQOL-Bref - Faceta Geral	-.344
WHOQOL-Old - Soma total dos itens	-.975

Nota. ^a Coeficiente de correlação de Spearman; $p < .05$.

3.3. Caracterização da satisfação dos/as participantes com o tratamento

No que toca à satisfação dos/as participantes com o tratamento (Figura 3; Anexo 18), é de referir que a média era de 61.60 valores ($DP = 5.32$; $Min. = 56$; $Máx. = 69$) no pós-teste, registando-se ligeiro decréscimo, não significativo, para 60.00 valores ($DP = 4.42$; $Min. = 54$;

Máx. = 65) no *follow-up*. Em ambos os momentos, as médias indicaram níveis altos de satisfação com o tratamento. De modo global, os/as participantes parecem demonstrar-se satisfeitos com o tratamento de que foram alvo.

4. Discussão

Finda a apresentação dos resultados, chegou o momento de os discutir procurando responder às questões de investigação inicialmente colocadas.

Em primeira instância, em resposta às questões de investigação “*Questão 1: Como evolui a sintomatologia depressiva dos/las participantes ao longo da intervenção em grupo?*” e “*Questão 2: Será que há redução da sintomatologia depressiva após a intervenção em grupo?*”, globalmente, verificou-se que, embora as diferenças sejam globalmente marginais, a intervenção proporcionou uma redução de 2.2 valores da sintomatologia depressiva dos/as participantes, sendo que estes ganhos tendem a manter-se 1 mês após o término da intervenção (*follow-up*). Estes ganhos são ainda mais visíveis ao fazer uma análise caso-a-caso. Assim sendo, destaca-se uma redução dos valores da sintomatologia depressiva, bem como do seu nível de severidade na maioria dos participantes ($n = 3$) – 1 participante passa de depressão ligeira para depressão subclínica e 2 de depressão moderada para ligeira. Relativamente aos restantes casos ($n = 2$), 1 participante manteve os valores e o nível de severidade da depressão, enquanto o/a outro/a participante reduziu nos valores e manteve o nível de severidade da mesma. Deste modo, estes dados parecem traduzir, globalmente, eficácia do programa de intervenção em grupo em TCC para tratamento da depressão na população idosa institucionalizada, corroborando os resultados encontrados no programa de Tristán e Rangel (2009), bem como nos estudos de Hummel et al. (2016), Longchoopol, Thapinta, Ross e Lertwatthanawilat (2018), Lubis et al. (2013), Wuthrich e Rapee (2013) e Wuthrich, Rapee, Kaangas e Perini (2016), revelando-se eficaz para a redução e prevenção da exacerbação da

depressão nesta população. Importa também referir que, a nível global, observou-se em todos/as os/as participantes um padrão tendencialmente decrescente (não linear) da sintomatologia depressiva ao longo do tratamento, muito embora se tenham registado algumas oscilações. Estas oscilações poderão dever-se a acontecimentos externos que poderão, por seu turno, ter contribuído para a exacerbação dos sintomas depressivos. No entanto, apesar destas oscilações, importa ressaltar que a maioria dos participantes ($n = 4$) cessou o tratamento com redução da sintomatologia depressiva, bem como do nível de severidade e apenas uma minoria ($n = 1$) manteve, embora se encontrasse no limiar do ponto de corte para depressão subclínica. Além disso, numa análise caso-a-caso, parece observar-se uma tendência decrescente mais linear a partir da sessão 5, que corresponde ao módulo de “resolução de problemas”, sugerindo que todo o trabalho realizado anteriormente, quer cognitivo, quer comportamental, tem um impacto mais expressivo praticamente no final do tratamento.

Em seguida, tentou-se perceber “*Questão 3: Será que a intervenção em grupo tem impacto na diminuição da ansiedade, e no aumento da funcionalidade, qualidade de vida e satisfação com a vida dos/as participantes?*”. Relativamente à *ansiedade*, globalmente, verificou-se que a intervenção não teve impacto nos níveis de ansiedade, mantendo-se esta praticamente inalterada em todos os momentos avaliativos (pré-teste, pós-teste e *follow-up*), contrastando com os resultados de outras investigações (Bains, Scott, Kellett, & Saxon, 2014; Lobo et al., 2012; Tristán e Rangel, 2009; Wuthrich & Rapee, 2013; Wuthrich, Rapee, Kangas, & Perini, 2016). Não obstante, numa análise mais fina caso-a-caso, verificou-se que na maioria dos/as participantes ($n = 3$) há uma redução dos valores da sintomatologia ansiosa, muito embora mantenham os níveis de severidade. Relativamente aos restantes casos ($n = 2$), 1 participante manteve os valores e o nível de severidade dos sintomas de ansiedade, enquanto o/a outro/a participante aumentou nos valores e no nível de severidade. Tendo em consideração esta análise, parece que as estratégias de relaxamento trabalhadas (respiração diafragmática, treino

de relaxamento muscular progressiva e imaginação guiada) revelaram-se mais benéficas para alguns/algumas participantes do que para outros/as. Assim, apesar do programa abarcar o treino de estratégias de relaxamento, estas parecem não ter impacto significativo na diminuição da ansiedade, provavelmente devido à intervenção não ser direcionada para esta dimensão, abrangendo na sua maioria estratégias de cariz comportamental. Deste modo, estes resultados remetem-nos para a necessidade de uma avaliação da origem destes sintomas, bem como para a necessidade de uma intervenção mais específica focada nesta dimensão.

Em relação à *funcionalidade*, observou-se que a intervenção não teve qualquer impacto no estado funcional dos/as participantes, dado não existirem diferenças nos níveis de independência para as ABVD entre o pré-teste, pós-teste e *follow-up*. Este resultado não se coaduna com o estudo de Tristán e Rangel (2009) que revelou que uma melhoria na sintomatologia depressiva vinha acompanhada da melhoria nalgumas atividades instrumentais e capacidades avançadas da vida autónoma (as quais foram consideradas por cinco juízes como mais importantes e modificáveis tendo em conta o tipo de intervenção, sendo estas: visitas realizadas ou recebidas, telefonemas, adesão a tratamentos médicos, refeições, passeios, atividades desportivas e artísticas). O resultado do presente estudo pode ter sido devido às particularidades do Índice de Katz, que avalia as ABVD mais primitivas (e.g., alimentação, banho), que poderão ser dificilmente modificáveis tendo em conta o tipo de intervenção.

Alusivamente à *qualidade de vida* medida pelo WHOQOL-Bref, verificou-se que a intervenção proporcionou um ligeiro aumento da qualidade de vida geral e perceção de saúde geral dos/as participantes, que passou de moderada (no pré-teste) para boa/satisfatória (no pós-teste e *follow-up*). Quanto à *qualidade de vida* medida pelo WHOQOL-Old, também se verificou um ligeiro aumento qualidade de vida geral dos/as participantes, qualificando-se como boa em todos os momentos, e a qual tende a aumentar mesmo 1 mês após o término da intervenção. Estes dados sugerem que a intervenção pode ter proporcionado um aumento na

qualidade de vida geral dos/as participantes, sendo estes dados congruentes com os resultados encontrados no estudo de Hunkeler et al. (2006). Assim, tiramos a ilação de que uma melhoria no estado de humor – dimensão psicológica – poderá ter proporcionado um aumento da QV, pois esta é considerada por alguns autores (The WHOQOL Group, 1995) como uma dimensão que integra a QV.

Quanto à *satisfação com a vida*, verificou-se também que a intervenção produziu um ligeiro aumento da satisfação com a vida dos/as participantes, caracterizando-se como moderada em todos os momentos avaliativos, muito embora tenda a reduzir 1 mês após o término da intervenção (*follow-up*). Salieta-se que, embora ligeiro, parece haver um impacto na satisfação com a vida. Assim, é possível verificar que estes resultados corroboram os resultados encontrados nos estudos de Bains, Scott, Kellett e Saxon (2014), Lubis et al. (2013) e Tristán e Rangel (2009). Contudo, estes dados devem ser interpretados com cautela, dado que nos estudos supramencionados os/as autores/as avaliam a variável bem-estar subjetivo, a qual diferencia-se do presente estudo pelo facto de a variável em foco ser a satisfação com a vida – componente do bem-estar subjetivo.

Quanto à “*Questão 4: Será que os níveis de depressão estão correlacionados com os níveis de ansiedade, funcionalidade, satisfação com a vida e qualidade de vida dos/as participantes no início e no final da intervenção em grupo?*”, constatou-se que os níveis de depressão não se correlacionam de forma significativa com os níveis de ansiedade, funcionalidade, satisfação com a vida e qualidade de vida nos momentos avaliativos pré-teste, pós-teste e *follow-up*, muito embora se registem, na maioria dos casos, tamanhos do efeito elevados. Estes resultados não são congruentes com os evidenciados na literatura (Drago & Martins, 2012; Greenglass et al., 2006; Grover et al., 2018; Khairudin et al., 2011; Lee, 2011), conjeturando-se que o tamanho reduzido da amostra do presente estudo pode ter condicionado a força destas correlações. No entanto, foi encontrada uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a

depressão e QV medida pelo WHOQOL-Old no *follow-up*, indicativo de que os/as idosos/as institucionalizados/as com menores níveis de depressão apresentam uma maior qualidade de vida global 1 mês após o término do tratamento – resultados congruentes com os encontrados nos estudos de Akosile et al. (2018), Akyol et al. (2010), Bakar e Aşilar (2015), Ilievová et al. (2016), Lin et al. (2014) e Wada et al. (2004). Parece, então, que a promoção de melhorias no estado de humor acarreta melhorias na qualidade de vida, reforçando a necessidade de uma atuação atempada e eficaz nesta problemática de saúde mental para promover uma melhor qualidade de vida nesta população.

Por fim, em resposta à “*Questão 5: Qual será a satisfação dos/as participantes com a intervenção em grupo?*”, verificou-se que os/as participantes apresentaram níveis altos de satisfação com a intervenção, os quais tendem a manter-se mesmo 1 mês após o término da intervenção. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados no estudo de Hunkeler et al. (2006) e Lubis et al. (2013), e devem-se, provavelmente, aos benefícios que a terapia em pequeno grupo promove, entre estes, o sentido de utilidade e identidade proporcionados pela coesão e vínculo grupal, percepção de que não estão sozinhos/as a lidar com uma determinada problemática, constitui um espaço seguro para expressar e partilhar emoções, sentimentos e pensamentos, bem como parece fomentar a interação social e sentimentos de bem-estar (benefícios também apontados por Prinsloo, 2015).

5. Conclusão

No culminar deste trabalho, torna-se pertinente realizar uma reflexão sobre os contributos deste estudo, não descurando a análise das suas limitações, bem como as sugestões que acreditamos serem relevantes para futuras investigações.

Pretendíamos com o presente estudo, desenvolver, implementar e testar a eficácia de uma intervenção em grupo de natureza cognitivo-comportamental na depressão, especificamente na

população idosa institucionalizada, procurando, igualmente, perceber o seu efeito na redução da sintomatologia ansiosa e na promoção de níveis mais elevados de qualidade de vida, funcionalidade e satisfação com a vida, bem como a sua satisfação com o tratamento.

Os principais resultados deste estudo indicaram que o programa foi tendencialmente eficaz na redução/prevenção da sintomatologia depressiva nas pessoas idosas institucionalizadas, proporcionando igualmente um ligeiro aumento da satisfação com a vida e qualidade de vida geral, sendo que tais ganhos tenderam a manter-se um mês após o tratamento. Além disso, os/as idosos/as institucionalizados/as com menores níveis de depressão apresentaram tendencialmente uma maior qualidade de vida global um mês após o término do tratamento. Por fim, os/as participantes do estudo manifestaram níveis altos de satisfação com o tratamento.

A presente investigação comporta, no entanto, algumas limitações, tais como: (i) o tamanho reduzido da amostra, que poderá ter afetado o poder dos testes estatísticos, condicionando a eventual existência de diferenças e correlações significativas, sendo relevante, em estudos futuros, ampliar o tamanho da amostra a fim de aumentar a confiabilidade do estudo e permitir a generalização dos resultados obtidos; (ii) ausência de grupo de controlo, o que não permitiu aferir com rigor os efeitos do tratamento, sendo igualmente pertinente incluir em futuras investigações, visando aumentar a confiança dos resultados relativamente aos efeitos do tratamento; (iii) o protocolo de avaliação e intervenção ter sido elaborado e aplicado pelo/a mesmo/a investigador/a, o que pode ter tido impacto nos resultados obtidos devido a efeitos de deseabilidade social por parte dos/as participantes; e (iv) a utilização do Índice de Katz, que avalia ABVD aparentemente não modificáveis com o tipo de tratamento, sendo relevante em futuras investigações optar pela utilização de outra escala de avaliação das AVD mais adequada tendo em conta o tipo de tratamento bem como o tipo de população (idosos/as institucionalizados/as).

Relativamente a sugestões futuras e implicações para a prática, seria relevante: (i) aumentar

o número sessões, preferivelmente mais duas sessões, visando aumentar os ganhos obtidos e consolidação de competências; (ii) introduzir uma componente de ativação comportamental, na qual não se incluiu no presente estudo devido ao contexto em que os/as participantes estão inseridos, i.e., contexto de institucionalização, em que as tarefas são mais rígidas e limitadas; (iii) adaptar e simplificar ainda mais a linguagem dos materiais fornecidos, a qual foi tida pelos/as participantes como uma dificuldade, assim como; (iv) aumentar o tamanho da letra do caderno de trabalho dos/participantes, por limitações visuais dos/as mesmos/as.

O presente estudo contribui de forma importante para o conhecimento científico e práticas clínicas na área da depressão na população idosa. De facto, com este estudo percebe-se a importância de uma intervenção na sintomatologia depressiva, não só com vista à sua redução, mas também com vista à promoção de outras dimensões fulcrais da saúde.

Referências Bibliográficas

- Abe, Y., Fujise, N., Fukunaga, R., Nakagawa, Y., & Ikeda, M. (2012). Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1235–1241. doi:10.1017/s1041610212000099
- Akosile, C. O., Mgbeojedo, U. G., Maruf, F. A., Okoye, E. C., Umeonwuka, I. C., & Ogunniyi, A. (2018). Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: Prevalences and relationships. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 39-43. doi:10.1016/j.archger.2017.08.011
- Akyol, Y., Durmuş, D., Doğan, C., Bek, Y., & Cantürk, F. (2010). Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population. *Archives of Rheumatology*, 25(4), 165-173. doi:10.5152/tjr.2010.23
- Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., ... & The PROSPECT Group. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 882-890. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121779
- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(6), 350-358. Retirado de <https://run.unl.pt/handle/10362/21667>
- Alzheimer's Association (2015, agosto). *What is mild cognitive impairment (MCI)?*. Retirado de https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/pdf/factsheet_what_is_mild_cognitive_impairment_mci.pdf
- Alzheimer Portugal (s.d.). *Défice Cognitivo Ligeiro*. Retirado de <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-31-17-defice-cognitivo-ligeiro>

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Edição) Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York and London: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4684-2253-5
- Apóstolo, J. L. A. (2011). Adaptation into European Portuguese of the geriatric depression scale (GDS-15). *Revista de Enfermagem Referência - Suplemento Actas e Comunicações XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem Vol. II*, 3(4), 452. Resumo retirado de https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=2726&id_event=64
- Apóstolo, J. L., Loureiro, L. M., dos Reis, I. A., da Silva, I. A., Cardoso, D. F., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65-73. doi:10.12707/RIV14033
- Arslantas, D., Ünsal, A., & Ozbabalık, D. (2013). Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(1), 100–108. doi:10.1111/ggi.12065
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233-237. doi: 10.1016/0149-7189(82)90074-X
- Bag, J., & Sanyal, D. (2016). A study to assess the subjective well-being of community dwelling elderly living in west Bengal and its relation to their perceived physical health and depression. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 15(12), 31-34. doi:10.9790/0853-1512063134

- Bains, M. K., Scott, S., Kellett, S., & Saxon, D. (2014). Group psychoeducative cognitive-behaviour therapy for mixed anxiety and depression with older adults. *Aging & mental health, 18*(8), 1057-1065. doi:10.1080/13607863.2014.908459
- Bakar, N., & Aşilar, R. H. (2015). Factors affecting depression and quality of life in the elderly. *Jornal of Gerontology and Geriatric Research, 4*(5), 1-8. doi:10.4172/2167-7182.1000249
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry, 157*(1), 89–95. doi:10.1176/ajp.157.1.89
- Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J., Deeg, D. J. H., Beurs, E. de, Geerlings, S. W., & Tilburg, W. van. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(1), 20–27. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x
- Borowiak, E., & Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clinical and Experimental Research, 16*(3), 212-220. doi:10.1007/bf03327386
- Bruce, M. L. (2015). Caring for depression in older home health patients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services, 53*(11), 25-30. doi:10.3928/02793695-20151021-01
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., ... & Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA, 291*(9), 1081-1091. doi:10.1001/jama.291.9.1081
- Buckley, R. M., & Lachman, V. D. (2007). Depression in older patients: Recognition and

- treatment. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 20(8), 34–41.
doi:10.1097/01720610-200708000-00012
- Candela, F., Zucchetti, G., Ortega, E., Rabaglietti, E., & Magistro, D. (2015). Preventing loss of basic activities of daily living and instrumental activities of daily living in elderly. *Holistic Nursing Practice*, 29(5), 313–322. doi:10.1097/hnp.0000000000000106
- Carreira, L., Botelho, M. R., de Matos, P. C. B., Torres, M. M., & Salci, M. A. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, 19(2), 268-273. Retirado de <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>
- Costa, A. B. O. (2013). Bem-estar subjetivo: Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/318>
- Costa, L., Sousa, M., Barbosa, E., Meira, L., Santos, A., Couto, A., ... Salgado, J. (2018). *Intervenção em grupo para a depressão ligeira a moderada: Manual para profissionais de psicologia*. Livro em preparação.
- CSQ Scales. (2012). *Administering and Scoring the CSQ Scales*. Retirado de <http://www.csqscales.com/pdfs/CSQ%20AdministeringScoring.pdf>
- da Fonseca, A. M. G. (2004). *Uma Abordagem psicológica da "passagem à reforma": Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação* (Dissertação de doutoramento). Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9776?locale=pt>
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espírito Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 15-30. doi: 10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22

Depression Alliance & Servier. (2008). *The inside story: The impact of depression on daily life*.

Retirado de <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/the-inside-story-the-impact-of-depression-on-daily-life/r/a11G00000017xwpIAA>

de Melo Neu, D. K., Lenardt, M. H., Betioli, S. E., Michel, T., & Willig, M. H. (2011).

Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 418-423. doi:10.5380/ce.v16i3.24217

de Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic Editora.

Dias, A., Azariah, F., Cohen, A., Anderson, S., Morse, J., Cuijpers, P., ... & Reynolds III, C. F.

(2017). Intervention development for the indicated prevention of depression in later life: the “DIL” protocol in Goa, India. *Contemporary clinical trials communications*, 6, 131-139. doi:10.1016/j.conctc.2017.04.006

Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*.

doi:10.1007/978-90-481-2350-6

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale.

Journal of Personality Assessment, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal: Saúde Mental em Números – 2015*. Retirado de

<https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

Acedido em 18 de novembro de 2018.

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Depressão e outras perturbações mentais comuns:*

enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes.

Retirado de [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx)

[outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx) Acedido em 18 de novembro de 2018.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*.

Retirado de [https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-](https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx)

[saude-mental-2017.aspx](https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx) Acedido em 11 de novembro de 2018.

- dos Santos, J. G., Pereira, J. R., Teixeira, C. V. L., Corazza, D. I., Vital, T. M., & Costa, J. L. R. (2012). Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2),102-106. doi:10.1590/S0047-20852012000200008
- Drago, S, & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43(17), 79-94. Retirado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8180>
- Dzuka, J. & Dalbert, C. (2000). Well-being as a psychological indicator of health in old age: A research agenda. *Studia Psychologica*, 42, 61-70. Retirado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.493.1127&rep=rep1&type=pdf>
- Espírito-Santo, H., Lemos, L., Simões, S., Guadalupe, S., & Daniel, F. (2016, março). *The temporal evolution of life satisfaction in institutionalized elderly: A longitudinal study*. Sessão de poster apresentada na reunião de 24th European Congress of Psychiatry. Madrid. doi : 10.1016/j.eurpsy.2016.01.530
- Eva, G., Elisa, M., Piera, B., Lyrakos, D. G., & Luca, R. (2015). Quality of life in the third age: A research on risk and protective factors. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 217-222. doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.041
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20), 106-132. Retirado de: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: and sex and drugs and rock 'n' rol* (4ª edição). Los Angeles: Sage Publications.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363–389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

- Fleck, M. P. D., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114-122. doi:10.1590/S1516-44462003000200013
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. Retirado de http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The Relevance of Sociodemographic and Health Variables on MMSE Normative Data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(4), 311–319. doi:10.1080/23279095.2014.926455
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214. Retirado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36260208>
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., ... Sholl-Franco, A. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*, 7(1), 111-121. Retirado de <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/551>
- García-Peña, C., Vázquez-Estupiñan, F., Avalos-Pérez, F., Jiménez, L. V. R., Sánchez-García, S., & Juárez-Cedillo, T. (2015). Clinical effectiveness of group cognitive behavioural

- therapy for depressed older people in primary care: A randomised controlled trial. *Salud Mental*, 38(1), 33-39. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.165
- Geriatric Mental Health Foundation. (s.d.). *Anxiety and Older Adults: Overcoming Worry and Fear*. Retirado de <https://www.aagponline.org/index.php?src=gendocs&ref=anxiety>
- Gonçalves, A. R., Espírito-Santo, H., Matreno, J., Firmini, M., & Guadalupe, S. (2012, abril). *Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: estudo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra*. Artigo apresentado no I congresso internacional de gerontologia social dos Açores, Praia da Vitória, Ilha Terceira – Açores. Retirado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/70>
- Greenberg, S. A. (2019). The Geriatric Depression Scale (GDS). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, (4), 1-2. Retirado de <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4.pdf>
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 15-31. doi:10.1080/14659890500436430
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2018). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian journal of psychiatry*. 41, 66-72. doi:10.1016/j.ajp.2018.07.009
- Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S. O., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 1-9. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>
- Hummel, J., Weisbrod, C., Boesch, L., Himpler, K., Hauer, K., Hautzinger, M., ... & Dutzi, I. (2016). AIDE—Acute Illness and Depression in Elderly Patients. Cognitive behavioral group psychotherapy in geriatric patients with comorbid depression: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(4), 341-

349. doi: 10.1016/j.jamda.2016.10.009

Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W., Kroenke, K., Lin, E. H., ... & Hargreaves, W. A. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ*, 332(7536), 259-263. doi: 10.1136/bmj.38683.710255.BE

Ilievová, L., Žitný, P., & Jakobejová, J. (2016). The association between the quality of life and depression of elderly in a nursing home institutional setting. *Journal of Health Sciences*, 6(3), 162-167. doi:10.17532/jhsci.2016.364

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Índice de dependência de idosos*. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001271&contexto=bd&selTab=tab2 Acedido em 11 de novembro de 2018.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções do Índice de Envelhecimento em Portugal 2015-2080: Relatório anual de 2017*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009095&contexto=bd&selTab=tab2 Acedido em 11 de novembro de 2018.

Katz, S. (1963). The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JaMa*, 185(12), 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016

Khairudin, R., Nasir, R., Zainah, A. Z., Fatimah, Y., & Fatimah, O. (2011). Depression, anxiety and locus of control among elderly with Dementia. *Pertanika Journal of Social Science and Humanities*, 19, 27-31. Retirado de [http://www.pertanika.upm.edu.my/Pertanika%20PAPERS/JSSH%20Vol.%2019%20\(S\)%20Oct.%202011/10%20Pg%2027-31.pdf](http://www.pertanika.upm.edu.my/Pertanika%20PAPERS/JSSH%20Vol.%2019%20(S)%20Oct.%202011/10%20Pg%2027-31.pdf)

Kim, J.-I., Choe, M.-A., & Chae, Y. R. (2009). Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *Asian Nursing Research*, 3(3), 121-129. doi:10.1016/s1976-1317(09)60023-2

- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., & Viinamäki, H. (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *103*(1), 38-44. doi:10.1111/j.1600-0447.2001.00046.x
- Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas Jr, R., & Miguel, E. C. (2000). Características clínicas, fatores de risco e curso da depressão em idosos. In S. L. Blay (Ed.), *Depressão no ciclo da vida* (pp.45-53). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lautenschlager, N. T. (2002). Is it possible to prevent dementia? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24* (1), 22-27. doi:10.1590/S1516-44462002000500006
- Lee, S. B. (2011). P02-243 Life satisfaction, depression and spirituality for Korean elderly people. *European Psychiatry*, *26*, 839-839. Resumo retirado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933811725445>
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., ... Reynolds, C. F. (2000). Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 722–728. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.722
- Lesse, S. (1974). Depression masked by acting-out behavior patterns. *American Journal of Psychotherapy*, *28*(3), 352–361. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.3.352
- Lin, J. H., Huang, M. W., Wang, D. W., Chen, Y. M., Lin, C. S., Tang, Y. J., ... Lane, H. Y. (2014). Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: An exploratory study. *BMC Geriatrics*, *14*(1), 1-7. doi:10.1186/1471-2318-14-77
- Lini, E. V., Doring, M., Machado, V. L. M., & Portella, M. R. (2014). Idosos institucionalizados: Prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, *11*(3), 267-275. doi:10.5335/rbceh.2014.4482

- Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Fatores associados à institucionalização de idosos: Estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1004-1014. doi:10.1590/1981-22562016019.160043
- Lino, V. T., Pereira, S. R., Camacho, L. A., Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100010
- Lobo, B. O. M., Rigoli, M. M., Sbardelloto, G., Rinaldi, J., Argimon, I. D. L., & Kristensen, C. H. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. *Psicologia: teoria e prática*, 14(2), 116-125. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n2/v14n2a10.pdf>
- Longchoopol, C., Thapinta, D., Ross, R., & Lertwatthanawilat, W. (2018). The Thai Group cognitive behavior therapy intervention program for depressive symptoms among older women: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22 (1), 74-85. Retirado de <https://tcithaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/78778/87615>
- Lubis, D. U., Jaya, E. S., Arjadi, R., Hanum, L., Astri, K., & Putri, M. D. D. (2013). Preliminary study on the effectiveness of short group cognitive behavioral therapy (GCBT) on Indonesian older adults. *PloS one*, 8(2), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0057198
- Lucas, A., & Vinogradova, E., & Rosa, C. (2014). Depressão no idoso institucionalizado: A realidade no concelho de Belmonte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 87-95. Retirado de <http://dehesa.unex.es/handle/10662/4191>
- Lukaschek, K., Vanajan, A., Johar, H., Weiland, N., & Ladwig, K.-H. (2017). “In the mood for ageing”: determinants of subjective well-being in older men and women of the

- population-based KORA-Age study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 2-9.
doi:10.1186/s12877-017-0513-5
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.*, 55(1), 26-33. doi:10.1590/S0047-20852006000100004
- Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., & Consenza, R. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In A. L. Neri (Ed.), *Neuropsicologia do envelhecimento: Uma abordagem multidimensional* (pp. 17-42). Porto alegre: Artmed editora.
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Millenium*, 34(13), 119-123. Retirado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8361>
- Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G., & Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: The veneto study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(3), M155–M161. doi:10.1093/gerona/57.3.m155
- Montgomery, S. A. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Morgado, M., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16. Retirado de https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=55
- Neri, A. L., & Debert, G. G. (1999). *Velhice e sociedade* (Coleção Vivacidade). Campinas, SP: Papirus Editora.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134. doi:10.1007/bf01536648
- Netto, M. (2002a). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In I. B. Gatto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 109-113). São Paulo: Editora Atheneu.

- Netto, M. (2002b). Depressão no idoso. In V. F. C. Carvalho, & M. E. D. Fernandez (Eds.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 160-173). São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M. (2002c). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In M. A. C. Ferrari (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 98-105). São Paulo: Editora Atheneu.
- Nikmat, A. W., & Almashoor, S. H. (2013). Depression in institutionalized dementia patients and it's influence on the quality of life. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 101, 181-188. doi:10.1016/j.sbspro.2013.07.191
- Nóbrega, I. R. A. P., da Leal, M. C. C., Marques, A. P. de O., & Vieira, J. de C. M. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: Revisão integrativa. *Saúde Em Debate*, 39(105), 536–550. doi:10.1590/0103-110420151050002020
- Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, A. Q., & Pereira, E.T. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(4), 322-329. doi:10.1590/S1413-35552010005000019
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (s.d.). *Avaliação Geriátrica*. Retirado de https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde – Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel edições.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2014). *Relatório de Primavera: Saúde - Síndrome de Negação*. Retirado de <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2014/>
Acedido em 18 de novembro de 2018.
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2018). Subjective Well-Being: The Science of happiness and Life Satisfaction. In C. R. Snyder, S. J. Lopez, L. M. Edwards, & S. C. Marques

- (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology (3rd ed.)*, (pp. 1-21). New York, NY: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199396511.013.14
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Retirado de <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i006070.pdf> Acedido em 7 de dezembro de 2018.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acedido em 18 de novembro de 2018.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Global Health and Aging*. Retirado de http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/ Acedido em 11 de novembro de 2018.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Retirado de https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/ Acedido em 14 de novembro de 2018.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Aging and Health*. Retirado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Acedido em 11 de novembro de 2018.
- Ozpulat, F. (2017, abril). *Depression frequency among Turkish elders and influent factors*. Artigo apresentado no 4^o World Conference on Health Sciences. doi:10.18844/gjapas.v0i8.2783
- 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
- Pardal, A., Espírito-Santo, H., Lemos, L., Matreno, J., Amaro, H., Guadalupe, S., ... Gonçalves,

- R. (2013). 1556 – Social support, mental health, and satisfaction with life in institutionalized elderly. *European Psychiatry*, 28, 1. Resumo retirado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933813765659>
- Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: Prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*, 59(2), 61–66. doi:10.1080/20786190.2016.1272250
- Parente, M. A. M. P. (2006a). Disfunções cognitivas no declínio cognitivo leve. In G. P. Wagner., L. Brandão, & M. A M. P. Parente (Eds.), *Cognição e envelhecimento* (pp. 205-224). Porto Alegre: Artmed.
- Parente, M. A. M. P. (2006b). O transtorno cognitivo da depressão geriátrica ou a “pseudodemência depressiva” do idoso. In F. M. F. Xavier (Col.), *Cognição e envelhecimento* (pp. 205-224). Porto Alegre: Artmed.
- Parente, M. A. M. P. (2006c). Qualidade de vida em idosos. In C. M. Trentini., F. M. F. Xavier, & M. P. A. Fleck (Eds.), *Cognição e envelhecimento* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL Edições.
- Pfaff, J. J., & Almeida, O. P. (2004). Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *Journal of Affective Disorders*, 83(1), 73–77. doi:10.1016/j.jad.2004.03.006
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., ... Faiola, R. V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24(3), 713-7. doi:10.4025/actascihealthsci.v24i0.2498
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module.

Quality of Life Research, 14(10), 2197-2214. doi:10.1007/s11136-005-7380-9

Prinsloo, R. (2015). Group intervention with institutionalised older persons. *HTS Teologiese Studies / Theological Studies*, 71(3), 1-7. doi:10.4102/hts.v71i3.2670

Quintão, S., Costa, S., Alvez, S., & Gusmão, R. (2013). Suicide after 65 years old: Current data in Portugal. In S. Quintão, S. Costa, S. Alves, & R. Gusmão (Eds.), *Promoting conscious and active learning and aging: how to face current and future challenges?* (pp.321-333). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Restrepo, A. E., Arango, D. C., Cardona, Á. M. S., Molina, J. O., Gómez, J. J. O., & Maya, L. M. C. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas psychologica*, 12(1), 81-94. Retirado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/999>

Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742–748. doi:10.1080/13607863.2011.562177

Rokke, P. D., Tomhave, J. A., & Jovic, Z. (2000). Self-management therapy and educational group therapy for depressed elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 99-119. doi:10.1023/A:1005407125992

Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 109-113. doi:10.1016/j.sbspro.2012.01.093

Runcan, P. L., Hațegan, M., Bărbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 4966–4971. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.804

Salman, A., & Khattri, P. K. (2016). Effect of depression on life satisfaction among elderly. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 7(7), 746–749. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117910556&lang>

[=pt-br&site=ehost-live&scope=site](#)

- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240. doi:10.20344/amp.6889
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593. doi: 10.1590/S0103-166X2008000400013.
- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332-1340. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.165
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/> Acedido em: 11 de novembro de 2018.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> Acedido em 11 de novembro de 2018.
- Silva, K. S. L., Silva, D. A., & Pessoa, J. C. S. (2013, junho). *Funcionalidade e Depressão na Terceira Idade: Uma revisão de literatura*. Poster apresentado no III Congresso Internacional do Envelhecimento Humano: Avanços das ciências e das políticas públicas para o envelhecimento. Campina Grande: Brasil.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M., Matos., A. P., & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/268035177_O_bem-

[estar subjectivo estado actual dos conhecimentos](#)

- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/268035240_O_bem-estar_subjectivo_dos_adultos_Um_estudo_transversal
- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. C. Canavarro et al., (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Volume III)* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Soares, E., Coelho, M. D. O., & Carvalho, S. M. R. D. (2012). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: Possibilidade de relações e correlações. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(5)117-139. Retirado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9541>
- Srinivasan, P., Patel, D., Amreen, S., Shahare, K., Shendre, S., Varghese, V., & Sembian, N. (2015). Elderly: Depression and quality of life. *International Journal of Applied Research*, 1(13), 538-540. Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Srinivasan_Palanivelu2/publication/303376344_Elderly_Depression_and_quality_of_life/links/573f1dfa08ae9ace84133b6c/Elderly-Depression-and-quality-of-life.pdf
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento* (3ª edição). Porto Alegre: Artmed editora.
- Takeda, M., & Tanaka, T. (2010). Depression in the elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 10(4), 277–279. doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00644.x
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo*

avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção.

(Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2608>

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k

The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. doi:10.1017/s0033291798006667

Thompson, A., & Harper, D. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. In R. Elliott (Ed.), *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners* (pp. 69-81). Chichester, UK: Wiley-Blackwells.

Tiong, W. W., Yap, P., Huat Koh, G. C., Fong, N. P., & Luo, N. (2013). Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. *Aging & Mental Health*, 17(6), 724–731. doi:10.1080/13607863.2013.775638

Trindade, A. P. N. T., Barboza, M. A., Oliveira, F. B., & Borges, A. P. O. (2013). Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, 26(2), 281-289. doi:10.1590/S0103-51502013000200005

Tristán, S. V. L., & Rangel, A. L. G. C. (2009). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-189. Retirado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212414010>

Tu, Y.-Y., Lai, Y.-L., Shin, S.-C., Chang, H.-J., & Li, L. (2012). Factors associated with depressive mood in the elderly residing at the long-term care facilities. *International*

Journal of Gerontology, 6(1), 5–10. doi:10.1016/j.ijge.2011.12.004

- Van der Veen, D. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., Comijs, H. C., & Oude Voshaar, R. C. (2014). Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results of a cohort study. *International Psychogeriatrics*, 27(07), 1157–1165. doi:10.1017/s1041610214002312
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W.J., Jansen, A. P.D. (D.), Rijmen, F., Kostense, P. J., van Oppen, P., . . . Beekman, A. T.F. (2008). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of Affective Disorders*, 106(3), 295-299. doi:10.1016/j.jad.2007.07.004
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W. J., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., ... & Beekman, A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 66(3), 297-304. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.555
- Vaz, S. F. A., & Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 49-58. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832011000200005&lng=pt&nrm=i
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21539>
- Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. da, Costa, M., Martins, S., ... Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 308–316. doi:10.1590/0047-2085000000039
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2015). *Inventário de Avaliação da Qualidade de*

Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde: Manual técnico. Coimbra.

- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., Murakami, S., ... Matsubayashi, K. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly: Prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39(1), 15-23. doi:10.1016/j.archger.2003.12.003
- Wells, K. B. (1989). The Functioning and well-being of depressed patients. *JAMA*, 262(7), 914. doi:10.1001/jama.1989.03430070062031.
- Whitbourne, S. K., & Whitbourne, S. B. (2011). *Adult Development and Aging: biopsychosocial perspectives (4th edition)*. Retirado de <https://the-eye.eu/public/Books/Medical/texts/Adult%20Devel.%20and%20Aging%20-%20Biopsychosocial%20Persps.%204th%20ed.%20-%20S.%20Whitbourne%2C%20et.%20al.%2C%20%28Wiley%2C%202011%29%20WW.pdf>
- Willemse, G. R., Smit, F., Cuijpers, P., & Tiemens, B. G. (2004). Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care: randomised trial. *The British journal of psychiatry*, 185(5), 416-421. doi:10.1192/bjp.185.5.416
- Williams, Jr, J. W. (2002). Is this patient clinically depressed? *JAMA*, 287(9), 1160. doi:10.1001/jama.287.9.1160
- Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 779-786. doi:10.1016/j.brat.2013.09.002
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Kangas, M., & Perini, S. (2016). Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy compared to a discussion group for co-morbid anxiety and depression in older adults. *Psychological medicine*, 46(4), 785-795. doi:10.1017/S0033291715002251

- Yaka, E., Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G. G., & Tunca, Z. (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(1), 150–154. doi:10.1016/j.archger.2014.03.014
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165–173. doi:10.1300/j018v05n01_09
- Zalavadiya, D. D., Banerjee, A., Sheth, A. M., Rangoonwala, M., Mitra, A., & Kadri, A. M. (2017). A comparative study of depression and associated risk factors among elderly inmates of old age homes and community of Rajkot: A Gujarati version of the geriatric depression scale-short form (GDS-G). *Indian Journal of Community Medicine*, 42(4), 204-208. doi:10.4103/ijcm.IJCM_181_16
- Zandona, E. F. S. (2010, outubro). *Depressão e demência em idosos institucionalizados*. Artigo apresentado no 18º Congresso de Iniciação Científica, Brasil. Retirado de <http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/8mostra/1/445.pdf>

Anexos

Anexo 1 – Modelo de autorização da instituição para realização do PIGDII



Solicitação de autorização para implementação do estudo

No âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, vigente no Instituto Universitário da Maia (ISMAI), pretendo desenvolver e implementar um programa de prevenção e intervenção em grupo na depressão junto da população idosa, orientado pela Professora Doutora Marlene Sousa (ISMAI).

A literatura tem demonstrado de forma consistente uma elevada prevalência de depressão na população idosa. Tem considerado também o fator *institucionalização* como um fator de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento da depressão, constituindo este o contexto no qual a depressão é mais prevalente dentre os/as idosos/as.

Neste sentido, toma-se pertinente o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção que visem prevenir e diminuir a sintomatologia depressiva e, assim, promover a qualidade de vida geral dos/as idosos/as. Esta pertinência é ainda maior no contexto nacional, devido à escassez de programas de intervenção e de estudos empíricos que atestem a sua eficácia na população idosa em Portugal.

O presente estudo procura colmatar esta lacuna ao desenvolver e testar, através de um estudo exploratório, a eficácia de uma intervenção em grupo na depressão na população idosa. Assim, tem como objetivo principal implementar um programa de natureza cognitivo-comportamental em grupo para tratamento da depressão, avaliando a sua eficácia, bem como a satisfação dos/as participantes com o tratamento. Com este estudo, pretende-se também avaliar o seu impacto noutras dimensões, nomeadamente na ansiedade, funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar subjetivo.

O programa de intervenção em grupo é de natureza cognitivo-comportamental e é constituído por oito sessões (duas sessões de intervenção individual -pré e pós-teste - e seis sessões de intervenção em grupo), implementadas durante oito semanas, com uma

periodicidade semanal, tendo as sessões duração de uma hora e meia a duas horas. As sessões seguirão os princípios da terapia cognitivo-comportamental e focarão a psicoeducação, ativação comportamental, resolução de problemas, reestruturação cognitiva e prevenção de recaída. De salientar que esta intervenção será baseada no programa "Terapia cognitivo-conductual de grupo en la atención del adulto mayor: Guía práctica para terapeutas" de Tristán e Rangel (2011), com resultados positivos ao nível da sua eficácia, e no manual "Intervenção em grupo para a depressão ligeira a moderada: Manual para profissionais de Psicologia" (Costa et al., 2019).

Os grupos serão constituídos por 5 a 10 participantes. Os/As participantes incluídos/as no estudo serão selecionados/as de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade \geq 65 anos, presença de sintomatologia depressiva ligeira a moderada e ausência de défice cognitivo. Serão excluídos os/as participantes com: idade $<$ 65 anos, presença de depressão grave, presença de défice cognitivo e diagnóstico de demência. A inclusão ou exclusão dos/as participantes será determinada pelas pontuações obtidas nos instrumentos *Mini Mental State Examination* (MMSE) e *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) e informação sobre provável síndrome demencial constantes nos processos clínico e psicológico dos/as utentes. Além destes instrumentos, serão utilizados um questionário sociodemográfico, o *Índice de Katz*, *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), *WHOQOL-OLD* e um questionário sobre a satisfação com o tratamento. Estas medidas serão aplicadas antes, durante e após o tratamento.

A todos/as os/as participantes serão explicados de forma aprofundada a intervenção e o estudo desenvolvidos, bem como será fornecido um consentimento informado para respetivo preenchimento. A sua participação será inteiramente voluntária, informada e com a possibilidade de desistir a qualquer momento.

Salvaguarda-se o cumprimento de todos os princípios éticos que rege o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados dos/as participantes.

Este programa não acarreta quaisquer riscos físicos e emocionais acrescidos aos/as participantes. Não obstante, nos casos em que se verifique manutenção ou exacerbação da sintomatologia depressiva e/ou risco de suicídio durante ou após a sua implementação, salvaguarda-se a sinalização para uma intervenção psicológica adequada à severidade da sua

situação clínica.

O estudo vai ser avaliado pela Comissão de Ética do ISMAI, por forma a fornecer o seu parecer sobre o mesmo, pelo que se aguarda a autorização para implementação do estudo (presente documento) na instituição “X” para anexar ao respetivo pedido de apreciação a submeter à comissão de ética.

Disponho-me a facultar o parecer da Comissão de Ética do ISMAI, bem como dos resultados da implementação do programa após a sua realização.

Maia, 31 de janeiro de 2019

Discente de Dissertação de Mestrado:

(Débora Mónica Carreiro Ponte)

Orientadora de Dissertação de Mestrado:

(Professora Doutora Marlene Sousa)

Gerência da instituição:

Anexo 2 – Modelo de consentimento informado dos/as idosos/as incluídos no PIGDII

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Intervenção em grupo na depressão para a população idosa: Estudo sobre a eficácia clínica e satisfação com o tratamento

Enquadramento: Este estudo é parte integrante da Dissertação de Mestrado da Débora Ponte, aluna do Instituto Universitário da Maia (ISMAI) e atual estagiária do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Instituição “X”, estando este estudo a ser orientado pela Professora Doutora Marlene Sousa, docente do Instituto Universitário da Maia (ISMAI).

Descrição do estudo e dos procedimentos adotados: O estudo “Intervenção em grupo na depressão para a população idosa: Estudo sobre a eficácia clínica e satisfação com o tratamento” tem como objetivo principal implementar um programa de natureza cognitivo-comportamental em grupo para tratamento da depressão, avaliando a sua eficácia clínica, bem como a satisfação dos/as participantes com o tratamento. Com este estudo, pretende-se também avaliar o seu impacto noutras dimensões, nomeadamente na ansiedade, funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar subjetivo.

Todas as fases de avaliação e de intervenção serão conduzidas pela estagiária e discente do ISMAI, Débora Ponte, sob supervisão da Professora Doutora Marlene Sousa (ISMAI). As sessões de avaliação e de intervenção irão decorrer nas instalações da instituição “X”.

Após o rastreio inicial, os/as participantes serão alvo de uma sessão de avaliação com o objetivo de aplicar um conjunto de questionários, com duração aproximada de 30 minutos. No caso dos/as participantes cumprirem todos os critérios de inclusão no projeto, estes/as serão integrados/as num processo terapêutico que assenta na terapia cognitivo-comportamental em grupo. O processo terapêutico terá a duração máxima de 8 semanas (oito sessões com periodicidade semanal), com uma consulta de seguimento após um mês do término da intervenção. Em todos momentos de avaliação e em todas as sessões presenciais, os/as participantes responderão a um conjunto de questionários.

Recolha, manutenção e proteção dos dados recolhidos: Os dados recolhidos serão guardados no processo clínico de cada participante que será, por sua vez, armazenado num armário fechado à chave na instituição “X”. Serão apagados da base informática o nome, contacto telefónico, e-mail e localidade, de forma a que os dados recolhidos não sejam identificáveis. Os dados clínicos recolhidos nas sessões de avaliação e de intervenção serão sempre guardados no processo clínico de cada participante, pelo que apenas a aluna terá acesso a estes elementos. Estes elementos serão mantidos por um período de cinco anos. No entanto, em caso de exclusão dos/as participantes, os elementos recolhidos serão eliminados.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante a confidencialidade das informações prestadas, sendo os dados recolhidos usados para o presente estudo e para estudos posteriores cujos objetivos se enquadrem na temática da depressão e seu tratamento, assegurando sempre a proteção da identidade dos/as participantes. Assim, apenas os/as investigadores/as do ISMAI diretamente envolvidos/as nesta investigação terão acesso aos dados. Na publicação de eventuais trabalhos de carácter científico, a identidade dos/as participantes ficará protegida, não sendo revelado o seu nome nem qualquer outra característica que os/as possam identificar.

A confidencialidade poderá, excecionalmente, ser quebrada na fase de avaliação e/ou durante o tratamento caso se verifique uma situação de risco para o/a participante ou outrem, nomeadamente quando se determine um risco elevado de este/esta atentar contra a sua própria vida ou contra a vida de outros. Estas situações serão sempre discutidas e geridas com a colaboração dos/as participantes.

Direito à desistência: A participação neste estudo é completamente voluntária. A todos/as os/as participantes assiste o direito de abandonar ou desistir, a qualquer momento, da participação neste projeto de investigação, sem qualquer prejuízo para quem assim o decida.

Direito à oposição: A qualquer momento, os/as participantes poderão exercer o direito à oposição (i.e., revogar o consentimento dado para a recolha e a utilização dos dados) e/ou solicitar a sua destruição.

Outros direitos: Após a conclusão do projeto, e a pedido dos/as participantes, poderá ser facultada uma cópia das conclusões principais do estudo.

Em nome de toda a equipa envolvida, agradeço antecipadamente a leitura deste documento e, caso decida participar, a sua contribuição para a melhoria do nosso conhecimento sobre as formas de tratar a depressão e assim melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Nome do/a investigador/a Responsável: Marlene Sousa. Psicóloga e Professora do Ensino Superior
Instituto Universitário da Maia – ISMAI
Telefone: 22 986 60 00
marlene.sousa@ismai.pt

Assinatura/s:

Assinatura da **Aluna** _____

Assinatura do/a **Orientador/a** _____

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, bem como de revogar este consentimento e solicitar a destruição dos dados recolhidos. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelo/a investigador/a. Foi-me entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM
DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A
PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo 3 – Modelo de consentimento informado fornecido ao/à responsável legal dos/a(s) idosos/a(s) incluídos no PIGDII

Consentimento Informado

Pelo presente declaro que fui devidamente esclarecido/a pela Psicóloga Estagiária Débora Mónica Carreiro Ponte, de que a intervenção em grupo intitulada de "PIGDII – Programa de Intervenção em Grupo na Depressão em Idosos/as Institucionalizados/as" é totalmente gratuita e tem como principais objetivos:

- Prevenir e reduzir a sintomatologia depressiva do/a seu/sua familiar;
- Analisar o impacto da intervenção em grupo na sintomatologia ansiosa, funcionalidade, qualidade de vida e satisfação com a vida;
- Analisar a satisfação do/a seu/sua familiar com o tratamento.

Este programa é composto por um total de 8 sessões semanais, 6 das quais em grupo e 2 sessões individuais, com a periodicidade de uma vez por semana e duração de cerca de 1h30 a 2h00 e será realizada na presente instituição. As sessões serão calendarizadas de acordo com a disponibilidade dos/as utentes sem prejuízo das suas rotinas e dinâmicas diárias.

Mais se destaca que esta intervenção surge associada a um estudo de investigação de avaliação da sua eficácia, onde serão administrados instrumentos de avaliação da sintomatologia depressiva, ansiosa, funcionalidade, qualidade de vida, bem-estar subjetivo, satisfação com o tratamento, bem como uma entrevista semiestruturada para aceder à compreensão do/a seu/sua familiar sobre as mudanças ocorridas ao longo da intervenção e fatores que influenciaram a mesma, em vários momentos (pré-teste, pós-teste e *follow-up*). Foi-me comunicado que os documentos escritos decorrentes desta avaliação psicológica bem como todo o material das sessões, serão guardados pelo prazo mínimo de cinco anos, ficando ao encargo do Psicólogo responsável e da instituição.

Participaram-me ainda que a aplicação do programa será devidamente orientada por um/a profissional de psicologia do estabelecimento de ensino onde a estagiária está inserida. A supervisão respeita os limites da confidencialidade da/o utente, como descrito no Artigo 6 do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, limitando-se apenas ao apoio e orientação à estagiária no que toca às suas competências técnicas e profissionais.

Foi-me transmitido que a participação do/a seu/sua familiar é voluntária e que a qualquer momento pode recusar ou desistir, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo pessoal. Também todas as informações prestadas do/a seu/sua familiar, em contexto individual ou de grupo, serão

tratadas como confidenciais, conforme o Artigo 24 do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, garantindo assim o sigilo profissional. Salvaguarda-se apenas a exceção da partilha de informação que coloca em risco a integridade do seu familiar ou de terceiros.

Pelo presente declaro que fui devidamente esclarecido/a pela Psicóloga Estagiária acerca dos objetivos da intervenção e que tomei conhecimento das características e procedimentos da intervenção bem como dos princípios éticos subjacentes. Assim, autorizo o/a meu/minha familiar _____ a participar no estudo “PIGDII – Programa de Intervenção em Grupo na Depressão em Idosos/as Institucionalizados/as”.

Ser-me-á entregue uma cópia deste formulário, após ter sido devidamente assinado por mim, pelo/a Supervisor/a e pela Estagiária.

(Responsável Legal)

(Psicóloga Estagiária)

(Psicólogo/a Supervisor/a)

(Responsável pela Instituição)

_____, _____ de _____ de 20____

Anexo 4 – Resumo dos conteúdos das sessões do PIGDII

SESSÃO 0 – Entrevista individual de avaliação inicial (Pré-Teste) || Duração total aproximada de 50 min.

Objetivos Gerais:

- Realizar uma primeira abordagem com o/a participante tentando quebrar o gelo;
- Avaliar cada participante individualmente antes do início da intervenção em grupo;
- Explicar pormenorizadamente em que é que consiste o programa de intervenção.

Resumo da avaliação inicial:

1. Primeira abordagem com o/a participante (5 min.).
2. Administração de instrumentos de avaliação (45 min.).
3. Estabelecer o relacionamento terapeuta-cliente (ao longo da sessão) e enquadrar as sessões de intervenção subsequentes (5 min.).

Material necessário:

- Caneta.
- Instrumentos de avaliação.

SESSÃO 1 – Iniciação || Duração total aproximada de 120 min.

Objetivos Gerais:

- Realizar a apresentação do grupo, terapeuta e participantes;
- Motivar a integração dos/as participantes no grupo;
- Começar a treinar o relaxamento.

Resumo da sessão 1:

1. Orientação geral (5 min.).
2. Descrição da experiência do grupo (10 min.).
3. Compromissos pessoais e regras internas (15 min.).
4. Apresentação dos/as participantes do grupo (10 min.).
5. Jogo de segredos (15 min.).
6. Explicação dos três módulos ao grupo (10 min.).
7. Desenvolvimento de objetivos individuais (15 min.).
8. Compartilhar objetivos individuais (20 min.).

9. Explicação e demonstração da respiração diafragmática (15 min.).

10. Atribuição das tarefas de casa (5 min.).

Material necessário:

- Canetas.
- Folhas brancas.
- Folhas de *flipchart*.
- Quadro-negro, giz ou marcadores e apagador.
- Lista de regras do grupo (caderno de trabalho para participantes).
- Folha de compromisso pessoal por escrito (caderno de trabalho para participantes).
 - Lista de exemplos de objetivos (caderno de trabalho para participantes).
 - Lista de objetivos individuais (caderno de trabalho para participantes).
- Como realizar a respiração diafragmática (caderno de trabalho para participantes).
- Leitura 1 – O envelhecimento bem-sucedido (caderno de trabalho para participantes).
 - Folhas com tarefas atribuídas (formato 2, sessão 1).

SESSÃO 2 – Treino de Relaxamento || Duração total aproximada de 105 min.

 **Objetivo Geral:**

- Promover a aprendizagem e prática de diferentes técnicas de relaxamento.

Resumo da sessão 2:

1. Breve revisão da sessão anterior (10 min.).
2. Rever as tarefas de casa e responder a perguntas sobre as mesmas (25 min.).
3. Supervisionar/verificar a respiração diafragmática (15 min.).
4. Treino de Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) (25 min.).
5. Lista de situações problemáticas (25 min.).
6. Atribuição/prescrição da tarefa de casa (5 min.).

Material necessário:

- Lápis/canetas.
- Folhas brancas.
- Folhas de *flipchart*.
- Quadro-negro, giz ou marcadores e apagador.
- Folha de instruções de Relaxamento Muscular Progressivo (7 grupos musculares) anexo 1 (em materiais para sessão).

- Folhas com a atribuição das tarefas de casa (formato 2, sessão 2).

SESSÃO 3 – Módulo de reestruturação cognitiva || Duração total aproximada de 120 min.

🚦 Objetivos Gerais:

- Incentivar a prática de técnicas de relaxamento aprendidas.
- Introduzir uma nova técnica de relaxamento (imaginação guiada).
- Descrever, explicar e exemplificar a técnica de reestruturação cognitiva.
- Aplicar a técnica de reestruturação cognitiva a situações perturbadoras que os/as participantes elencarem.

Resumo da sessão 3:

1. Breve revisão da sessão anterior (10 min.).
2. Rever as tarefas de casa e responder às perguntas sobre tarefas de casa (5 min.).
3. Rever as técnicas anteriores e introduzir o novo material de relaxamento: imaginação guiada (20 min.).
4. Introdução à teoria da reestruturação cognitiva (10 min.).
5. Discussão do conceito de pensamentos automáticos (PA's) ou pensamentos irracionais (PI's) (20 min.).
6. Ilustrar, exemplificando, os pensamentos irracionais, incluindo alguns exemplos de PI's relacionados com o trabalho no grupo (20 min.).
7. Exemplos do grupo utilizando a lista de situações problemáticas que elaboraram na sessão anterior (30 min.).
8. Atribuição das tarefas de casa (5 min.).

Material necessário:

- Lápis/canetas.
- Folhas brancas.
- Folhas de *flipchart*.
- Quadro-negro, giz ou marcadores e apagador.
- Características dos pensamentos irracionais (formato 3).
- Lista de situações problemáticas realizada na sessão anterior (numa folha em branco do caderno de atividades).

- Folha de prescrição de tarefas de casa (formato 2, sessão 3).
- Leitura 2 (caderno de trabalho para os/as participantes).

SESSÃO 4 – Consolidação de competências de reestruturação cognitiva || Duração total aproximada de 120 min.

🚦 Objetivos Gerais:

- Incentivar a prática das técnicas de relaxamento aprendidas.
- Verificar o entendimento da técnica de reestruturação cognitiva.
- Reforçar as competências de reestruturação cognitiva aprendidas na sessão anterior.
- Conhecer o padrão de distorções cognitivas próprio de cada participante.

Resumo da sessão 4:

1. Breve revisão da sessão anterior (10 min.).
2. Rever as tarefas de casa e responder a perguntas sobre as mesmas (10 min.).
3. Consolidar os exercícios de relaxamento aprendidos nas sessões anteriores (20 min.).
4. Registrar cinco a dez ideias irracionais e categorizá-las utilizando os tipos de ideias irracionais (formato 4) (20 min.).
5. Detetar, analisar e desafiar as ideias irracionais (25 min.).
6. Praticar em grupo as competências de reestruturação cognitiva (25 min.).
7. Atribuir as tarefas de casa (10 min.).

Material necessário:

- Lápis/Canetas.
- Folhas brancas.
- Folhas de *flipchart*.
- Quadro-negro, giz ou marcadores e apagador.
- Tipos de ideias irracionais (formato 4).
- Perguntas de ajuda para questionar pensamentos irracionais (formato 5).
- Análise de pensamentos irracionais (formato 6).
- Folha de prescrição de tarefas de casa (formato 2, sessão 4).

SESSÃO 5 – Módulo de resolução de problemas || Duração total aproximada de 120 min.

🚦 Objetivos Gerais:

- Incentivar a prática das técnicas de relaxamento aprendidas.
- Ajudar os/as participantes a detetar problemas que ainda não foram resolvidos.
- Explicar as componentes específicas da técnica de resolução de problemas.
- Unir forças no grupo para identificar soluções alternativas para os problemas de cada uma das pessoas do grupo.

Resumo da sessão 5:

1. Breve revisão da sessão anterior (10 min.).
2. Rever as tarefas de casa e responder às perguntas sobre as mesmas (20 min.).
3. Consolidar os exercícios de relaxamento vistos nas sessões anteriores e *feedback* sobre técnicas de relaxamento (10 min.).
4. Introduzir e explicar o módulo de resolução de problemas (10 min.).
5. Exemplo sobre resolução de problemas (15 min.).
6. Metas individuais para a técnica de resolução de problemas (10 min.).
7. Exercício em grupo para identificar os problemas a trabalhar no módulo de resolução de problemas (20 min.).
8. Exercício em grupo para gerar alternativas para os problemas dos participantes (20 min.).
9. Atribuir as tarefas de casa (5 min.).

Material necessário:

- Lápis/Canetas.
- Folhas brancas.
- Folhas de *flipchart*.
- Quadro-negro, giz ou marcadores e apagador.
- Folha de metas individuais (caderno de trabalho para os/as participantes).
 - Formulário de resolução de problemas (formato 7).
- Folha de prescrição de tarefas de casa (formato 2, sessão 5).
- Leitura 3 (caderno de trabalho para os/as participantes).

SESSÃO 6 – Sessão de prevenção da recaída e encerramento || Duração total aproximada de 145 min.

🚦 Objetivos Gerais:

- Retomar os problemas dos/as participantes que foram deixados para analisar usando a técnica de resolução de problemas da última sessão.
- Consolidar as competências aprendidas.
- Promover e sensibilizar o grupo para a prevenção da recaída.
- Dar e receber o *feedback* do resto do grupo.
- Preparar para as entrevistas individuais.

Resumo da sessão 6:

1. Breve revisão da sessão anterior (10 min.).
2. Rever as tarefas de casa e responder às perguntas sobre as mesmas (10 min.).
3. Retomar a técnica de resolução de problemas para os problemas que ficaram pendentes de análise na última sessão (15 min.).
4. Consolidação de competências aprendidas nas sessões prévias (20 min.)
 5. Plano de ação (20 min.).
 6. Objetivos futuros (10 min.).
7. Relatar as experiências de sucesso (20 min.).
8. *Feedback* (30 min.).
9. Preparação para entrevistas individuais de partida (5 min.).
10. Atribuir as tarefas de casa (5 min.).

Material necessário:

- Lápis/caneta.
- Folhas brancas.
- Quadro-negro, giz ou marcadores e apagador.
- Folha de metas individuais (caderno de trabalho para os/as participantes).
- Formato 8 (“Os meus sinais de alerta”) do caderno de trabalho para os/as participantes.
- Formato 9 (“O que posso fazer se surgirem sinais de alerta?”) do caderno de trabalho para os/as participantes.
- Formato 10 (“Novos objetivos”) do caderno de trabalho para os/as participantes.
- Folha de prescrição de tarefas de casa (formato 2, sessão 6).

- Leitura 4 (caderno de trabalho para os/as participantes).

SESSÃO 7 – Entrevista individual de avaliação final (Pós-Teste) || Duração total aproximada de 85 min.

✚ Objetivos Gerais:

- Discutir com o/a participante qualquer tópico que não tenha sido abordado no grupo;
- Detetar objetivos ainda não alcançados;
- Encaminhar para tratamento adicional, se necessário;
- Elaborar estratégias individualizadas visando atingir qualquer objetivo que ainda esteja não tenha sido alcançado.
- Fornecer *feedback* detalhado sobre o progresso feito durante o tratamento.
- Realizar a avaliação clínica dos/as participantes após a experiência do grupo "pós-teste".

Resumo da entrevista individual de avaliação final:

1. Explicação sobre a entrevista final (5 min.).
2. Rever os objetivos individuais e a avaliação do progresso (10 min.).
3. Formulação de estratégias para atingir os restantes objetivos (10 min.).
4. *Feedback* do/a terapeuta ao/à participante (10 min.).
5. *Feedback* do/a participante ao/à terapeuta (5 min.).
6. Administração de instrumentos de avaliação (45 min.).

Material necessário:

- Lápis/caneta.
- Instrumentos de avaliação.
- Lista de objetivos individuais (do caderno de trabalho para os/as participantes).
- Folha de trabalho para os restantes problemas (formato 11, do caderno de trabalho dos/as participantes).

Anexo 5 – Severidade da sintomatologia depressiva nos diversos momentos da intervenção

Tabela 8

Severidade da sintomatologia depressiva no pré-teste

		Frequência	%
Válido	Depressão ligeira	3	60.0
	Depressão moderada	2	40.0
	Total	5	100.0

Tabela 9

Severidade da sintomatologia depressiva na sessão 1

		Frequência	%
Válido	Depressão ligeira	3	60.0
	Depressão moderada	1	20.0
	Depressão severa	1	20.0
	Total	5	100.0

Tabela 10

Severidade da sintomatologia depressiva na sessão 2

		Frequência	%
Válido	Depressão subclínica	1	20.0
	Depressão ligeira	4	80.0
	Total	5	100.0

Tabela 11

Severidade da sintomatologia depressiva na sessão 3

		Frequência	%
Válido	Depressão subclínica	1	20.0
	Depressão ligeira	3	60.0
	Depressão severa	1	20.0
	Total	5	100.0

Tabela 12

Severidade da sintomatologia depressiva na sessão 4

		Frequência	%
Válido	Depressão subclínica	1	20.0
	Depressão ligeira	3	60.0
	Total	4	80.0
Omisso	Sistema	1	20.0
Total		5	100.0

Tabela 13
Severidade da sintomatologia depressiva na sessão 5

		Frequência	%
Válido	Depressão ligeira	4	80.0
	Depressão moderada	1	20.0
	Total	5	100.0

Tabela 14
Severidade da sintomatologia depressiva na sessão 6

		Frequência	%
Válido	Depressão ligeira	4	80.0
	Depressão moderada	1	20.0
	Total	5	100.0

Tabela 15
Severidade da sintomatologia depressiva no pós-teste

		Frequência	%
Válido	Depressão subclínica	1	20.0
	Depressão ligeira	4	80.0
	Total	5	100.0

Tabela 16
Severidade da sintomatologia depressiva no follow-up

		Frequência	%
Válido	Depressão subclínica	1	20.0
	Depressão ligeira	4	80.0
	Total	5	100.0

Anexo 6 – Testes de Wilcoxon para a sintomatologia depressiva

Tabela 17

Teste de Wilcoxon – ordens médias para a sintomatologia depressiva entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

		<i>N</i>	Ordem média	Soma de Classificações
GDS Pós-Teste - GDS Pré-Teste	Classificações Negativas	4 ^a	2.50	10.00
	Classificações Positivas	0 ^b	.00	.00
	Empates	1 ^c		
	Total	5		
GDS Follow-Up - GDS Pré-Teste	Classificações Negativas	5 ^d	3.00	15.00
	Classificações Positivas	0 ^e	.00	.00
	Empates	0 ^f		
	Total	5		

Nota. a. GDS Pós-Teste < GDS Pré-Teste; b. GDS Pós-Teste > GDS Pré-Teste; c. GDS Pós-Teste = GDS Pré-Teste; d. GDS Follow-Up < GDS Pré-Teste; e. GDS Follow-Up > GDS Pré-Teste; f. GDS Follow-Up = GDS Pré-Teste.

Tabela 18

Teste de Wilcoxon – estatística do teste^a para a sintomatologia depressiva entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

	GDS Pós-Teste - GDS Pré-Teste	GDS Follow-Up - GDS Pré-Teste
<i>Z</i>	-1.890 ^b	-2.032 ^b
Significância Sig. (bilateral)	.059	.042

Nota. a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon; b. Com base em postos positivos.

Anexo 7 – Severidade da sintomatologia ansiosa nos diversos momentos da intervenção

Tabela 29

Severidade da sintomatologia ansiosa no pré-teste

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade subclínicos	1	20.0
	Sintomas de ansiedade clínicos	4	80.0
	Total	5	100.0

Tabela 20

Severidade da sintomatologia ansiosa na sessão 1

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade subclínicos	1	20.0
	Sintomas de ansiedade clínicos	4	80.0
	Total	5	100.0

Tabela 21

Severidade da sintomatologia ansiosa na sessão 2

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade clínicos	5	100.0

Tabela 22

Severidade da sintomatologia ansiosa na sessão 3

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade clínicos	5	100.0

Tabela 23

Severidade da sintomatologia ansiosa na sessão 4

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade subclínicos	1	20.0
	Sintomas de ansiedade clínicos	3	60.0
	Total	4	80.0
Omisso	Sistema	1	20.0
Total		5	100.0

Tabela 24
Severidade da sintomatologia ansiosa na sessão 5

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade subclínicos	1	20.0
	Sintomas de ansiedade clínicos	4	80.0
	Total	5	100.0

Tabela 25
Severidade da sintomatologia ansiosa na sessão 6

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade clínicos	5	100.0

Tabela 26
Severidade da sintomatologia ansiosa no pós-teste

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade subclínicos	1	20.0
	Sintomas de ansiedade clínicos	4	80.0
	Total	5	100.0

Tabela 27
Severidade da sintomatologia ansiosa no follow-up

		Frequência	%
Válido	Sintomas de ansiedade subclínicos	1	20.0
	Sintomas de ansiedade clínicos	4	80.0
	Total	5	100.0

Anexo 8 – Testes de Wilcoxon para a sintomatologia ansiosa

Tabela 28

Teste de Wilcoxon – ordens médias para a sintomatologia ansiosa entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

		<i>N</i>	Ordem média	Soma de Classificações
GAI Pós-Teste - GAI Pré-Teste	Classificações Negativas	3 ^a	3.00	9.00
	Classificações Positivas	2 ^b	3.00	6.00
	Empates	0 ^c		
	Total	5		
GAI Follow-Up - GAI Pré-Teste	Classificações Negativas	4 ^d	2.50	10.00
	Classificações Positivas	1 ^e	5.00	5.00
	Empates	0 ^f		
	Total	5		

Nota. a. GAI Pós-Teste < GAI Pré-Teste; b. GAI Pós-Teste > GAI Pré-Teste; c. GAI Pós-Teste = GAI Pré-Teste; d. GAI Follow-Up < GAI Pré-Teste; e. GAI Follow-Up > GAI Pré-Teste; f. GAI Follow-Up = GAI Pré-Teste.

Tabela 29

Teste de Wilcoxon – estatística do teste^a para a sintomatologia ansiosa entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

	GAI Pós-Teste - GAI Pré-Teste	GAI Follow-Up - GAI Pré-Teste
<i>Z</i>	-.412b	-.687b
Significância Sig. (bilateral)	.680	.492

Nota. a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon; b. Com base em postos positivos.

Anexo 9 – Média e desvio-padrão para a funcionalidade no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

Tabela 30

Média e desvio-padrão para a funcionalidade no pré-teste, pós-teste e follow-up

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Índice de Katz - Pré-teste	5	1	4	2.40	1.517
Índice de Katz - Pós-teste	5	1	4	2.40	1.517
Índice de Katz - Follow-up	5	1	4	2.40	1.517

Anexo 10 – Nível de funcionalidade no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

Tabela 31

Nível de funcionalidade no pré-teste

		Frequência	%
Válido	Dependência Grave	2	40.0
	Dependência Moderada	1	20.0
	Independência Total	2	40.0
	Total	5	100.0

Tabela 32

Nível de funcionalidade no pós-teste

		Frequência	%
Válido	Dependência Grave	2	40.0
	Dependência Moderada	1	20.0
	Independência Total	2	40.0
	Total	5	100.0

Tabela 33

Nível de funcionalidade no follow-up

		Frequência	%
Válido	Dependência Grave	2	40.0
	Dependência Moderada	1	20.0
	Independência Total	2	40.0
	Total	5	100.0

Anexo 11 – Testes de Wilcoxon para a variável funcionalidade

Tabela 34

Teste de Wilcoxon – ordens médias para a funcionalidade entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

		<i>N</i>	Ordem média	Soma de Classificações
Índice de Katz - Pós-teste - Índice de Katz - Pré-teste	Classificações Negativas	0 ^b	.00	.00
	Classificações Positivas	0 ^b	.00	.00
	Empates	5 ^c		
	Total	5		
Índice de Katz - Follow-up - Índice de Katz - Pré-teste	Classificações Negativas	0 ^d	.00	.00
	Classificações Positivas	0 ^e	.00	.00
	Empates	5 ^c		
	Total	5		

Nota. a. Índice de Katz - Pós-teste < Índice de Katz - Pré-teste; b. Índice de Katz - Pós-teste > Índice de Katz - Pré-teste; c. Índice de Katz - Pós-teste = Índice de Katz - Pré-teste; d. Índice de Katz - Follow-up < Índice de Katz - Pré-teste; e. Índice de Katz - Follow-up > Índice de Katz - Pré-teste; f. Índice de Katz - Follow-up = Índice de Katz - Pré-teste.

Tabela 35

Teste de Wilcoxon – estatística do teste^a para a funcionalidade entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

	Índice de Katz - Pós-teste - Índice de Katz - Pré-teste	Índice de Katz - Follow-up - Índice de Katz - Pré-teste
Z	.000 ^b	.000 ^b
Significância Sig. (bilateral)	1.000	1.000

Nota. a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon; b. A soma de postos negativos é igual à soma de postos positivos.

Anexo 12 – Média e desvio-padrão para a satisfação com a vida no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

Tabela 36

Média e desvio-padrão para a satisfação com a vida no pré-teste, pós-teste e follow-up

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
SWLS - Pré-Teste	5	18.40	5.505	13	26
SWLS - Pós-Teste	5	24.40	1.817	22	27
SWLS - Follow-Up	5	22.40	2.074	19	24

Anexo 13 – Testes de Wilcoxon para a variável satisfação com a vida

Tabela 37

Teste de Wilcoxon – ordens médias para a satisfação com a vida entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

		<i>N</i>	Ordem média	Soma de Classificações
SWLS - Pós-Teste - SWLS - Pré-Teste	Classificações Negativas	1 ^a	1.00	1.00
	Classificações Positivas	3 ^b	3.00	9.00
	Empates	1 ^c		
	Total	5		
SWLS Follow-Up - SWLS - Pré-Teste	Classificações Negativas	1 ^d	2.50	2.50
	Classificações Positivas	4 ^e	3.13	12.50
	Empates	0 ^f		
	Total	5		

Nota. a. SWLS - Pós-Teste < SWLS - Pré-Teste; b. SWLS - Pós-Teste > SWLS - Pré-Teste; c. SWLS - Pós-Teste = SWLS - Pré-Teste; d. SWLS Follow-Up < SWLS - Pré-Teste; e. SWLS Follow-Up > SWLS - Pré-Teste; f. SWLS Follow-Up = SWLS - Pré-Teste.

Tabela 38

Teste de Wilcoxon – estatística do teste^a para a satisfação com a vida entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

	SWLS - Pós-Teste - SWLS - Pré-Teste	SWLS Follow-Up - SWLS - Pré-Teste
<i>Z</i>	-1.473 ^b	-1.355 ^b
Significância Sig. (bilateral)	.141	.176

Nota. a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon; b. Com base em postos negativos.

Anexo 14 – Média e desvio-padrão para a qualidade de vida (WHOQOL-BREF) no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

Tabela 39

Média e desvio-padrão para a faceta geral do WHOQOL-BREF no pré-teste, pós-teste e follow-up

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste	5	57.5000	18.95719	25.00	75.00
WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pós-Teste	5	70.0000	14.25219	50.00	87.50
WHOQOL-BREF Faceta Geral - Follow-Up	5	72.5000	13.69306	50.00	87.50

Anexo 15 – Testes de Wilcoxon para a variável qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF

Tabela 40

Teste de Wilcoxon – ordens médias para a faceta geral do WHOQOL-BREF entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

		<i>N</i>	Ordem média	Soma de Classificações
WHOQOL-BREF	Classificações	0 ^a	.00	.00
Faceta Geral - Pós-Teste	Negativas			
- WHOQOL-BREF	Classificações Positivas	4 ^b	2.50	10.00
Faceta Geral - Pré-Teste	Empates	1 ^c		
	Total	5		
WHOQOL-BREF	Classificações	0 ^a	.00	.00
Faceta Geral - Follow-Up	Negativas			
- WHOQOL-BREF	Classificações Positivas	5 ^d	3.00	15.00
Faceta Geral - Pré-Teste	Empates	0 ^e		
	Total	5		

Nota. a. WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pós-Teste < WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste; b. WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pós-Teste > WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste; c. WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pós-Teste = WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste; d. WHOQOL-BREF Faceta Geral - Follow-Up < WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste; e. WHOQOL-BREF Faceta Geral - Follow-Up > WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste; f. WHOQOL-BREF Faceta Geral - Follow-Up = WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste.

Tabela 41

Teste de Wilcoxon – estatística do teste para a faceta geral do WHOQOL-BREF entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

	WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pós-Teste - WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste	WHOQOL-BREF Faceta Geral - Follow-Up - WHOQOL-BREF Faceta Geral - Pré-Teste
<i>Z</i>	-1.890 ^b	-2.121 ^b
Significância Sig. (bilateral)	.059	.034

Nota. a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon; b. Com base em postos negativos.

Anexo 16 – Média e desvio-padrão para a qualidade de vida (WHOQOL-OLD) no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

Tabela 42

Média e desvio-padrão para o a total da escala do WHOQOL-OLD no pré-teste, pós-teste e follow-up

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
WHOQOL-OLD Pré-Teste - 5		87.60	11.524	78	102
Soma Total dos Itens					
WHOQOL-OLD Pós-Teste 5		91.20	21.765	62	114
- Soma Total dos Itens					
WHOQOL-OLD Follow-Up 5		93.80	10.895	81	110
- Soma Total dos Itens					

Anexo 17 – Testes de Wilcoxon para a variável qualidade de vida medida pelo WHOQOL-OLD

Tabela 43

Teste de Wilcoxon – ordens médias para o total da escala do WHOQOL-OLD entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

		<i>N</i>	Ordem média	Soma de Classificações
WHOQOL-OLD Pós-Teste - Soma Total dos Itens	Classificações Negativas	2 ^a	2.75	5.50
WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens	Classificações Positivas	3 ^b	3.17	9.50
WHOQOL-OLD Follow-Up - Soma Total dos Itens	Empates Total	0 ^c 5		
WHOQOL-OLD Pós-Teste - Soma Total dos Itens	Classificações Negativas	1 ^d	2.50	2.50
WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens	Classificações Positivas	4 ^e	3.13	12.50
WHOQOL-OLD Follow-Up - Soma Total dos Itens	Empates Total	0 ^f 5		

Nota. a. WHOQOL-OLD Pós-Teste - Soma Total dos Itens < WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens; b. WHOQOL-OLD Pós-Teste - Soma Total dos Itens > WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens; c. WHOQOL-OLD Pós-Teste - Soma Total dos Itens = WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens; d. WHOQOL-OLD Follow-Up - Soma Total dos Itens < WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens; e. WHOQOL-OLD Follow-Up - Soma Total dos Itens > WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens; f. WHOQOL-OLD Follow-Up - Soma Total dos Itens = WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens.

Tabela 44

Teste de Wilcoxon – estatística do teste para o total da escala do WHOQOL-OLD entre pré-teste e pós-teste e pré-teste e follow-up

	WHOQOL-OLD Pós-Teste - Soma Total dos Itens - WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens	WHOQOL-OLD Follow-Up - Soma Total dos Itens - WHOQOL-OLD Pré-Teste - Soma Total dos Itens
<i>Z</i>	-.542 ^b	-1.355 ^b
Significância Sig. (bilateral)	.588	.176

Nota. a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon; b. Com base em postos negativos.

Anexo 18 – Média e desvio padrão para a satisfação com o tratamento no pós-teste e *follow-up*

Tabela 45

Média e desvio-padrão para a satisfação com o tratamento no pós-teste e follow-up

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
CSQ-18 - Pós-Teste	5	61.60	5.320	56	69
CSQ-18 - Follow-Up	5	60.00	4.416	54	65