



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARIA PAULA RAMALHO BARBOSA

**RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS NA PERSPECTIVA DA
CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE**

**CUITÉ
2021**

MARIA PAULA RAMALHO BARBOSA

**RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS NA PERSPECTIVA DA
CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG), como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

**CUITÉ
2021**

B238r Barbosa, Maria Paula Ramalho.

Rastreamento de depressão entre idosos na perspectiva da classificação de funcionalidade. / Maria Paula Ramalho Barbosa. - Cuité, 2021.

43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2021.

"Orientação: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira".
Referências.

1. Envelhecimento. 2. Depressão em idosos. 3. Idosos - depressão. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade. I. Nogueira, Matheus Figueiredo. II. Título.

CDU 544.527.23 (043)

MARIA PAULA RAMALHO BARBOSA

**RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS NA PERSPECTIVA DA
CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Maria Paula Ramalho Barbosa, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité), tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Banca examinadora:

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade
Membro – UFCG

Profa. Dra. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Membro – UFCG

Aprovado em 01 de outubro de 2021.

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, Manuelina e Paulo, que sempre estiveram aos meu lado apoiando, incentivando e sendo meu maior suporte para todos os momentos. A todos os 233 idosos de Cuité-PB que contribuíram com a pesquisa e compartilharam de suas experiencias e sabedorias.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pela vida daqueles que amo e por todas as graças e benção que Ele tem me concedido todos os dias. Sem Ele nada seria possível.

A minha família: a minha amada mãe, Manuelina Ramalho, por ser minha principal fonte de inspiração por sua inteligência, coragem, força, sabedoria, amor e luz para tudo nessa vida, e sempre sendo a minha maior incentivadora nos meus sonhos; ao meu pai querido, Paulo Leoncio, por também ser exemplo de determinação e coragem para enfrentar os desafios da vida e oferecer o melhor de si a mim, cuidando da melhor forma e amando em todos os momentos; a minha irmã linda e tão querida, Raiza, que mesmo com a distância consegue sempre se fazer presente me incentivando na conquista dos meus sonhos; a minha vizinha, Maria do Socorro, tão linda e cheia da luz de Deus que me faz conseguir sentir imensamente amada e cuidada por Deus; a minha tia e madrinha Sandra (*in memoriam*) por ter sido exemplo de fé, amor em família, perdão, caridade, união, alegria e amiga, saudades eternas; a minhas primas Lorrana, Niara, Ana Luiza por se mostrarem sempre presentes no meu dia a dia.

Aos meus queridos amigos que estiveram sempre ao meu lado (Grupão 2.0 - Patrício Almeida, Eduarda, Maria Luiza, Layla, Samara e Luzianne) sendo fonte de carinho, paciência, aconchego nos momentos em que a saudade de casa aumentava, parceria nas pesquisas, projeto de extensão, trabalhos para congresso, divisão das contas, mudanças, estágios, enfim, infinitamente grata por ter tido vocês durante esses 5 anos. Levarei para sempre em meu coração, independente de onde estiver. Gratidão especial ao meu quarteto (Patrício, Eduarda, Maria Luiza e Layla). Vocês foram essenciais na minha vida!

Aos meus amigos de Cuité (Cuitépão, jamais esquecido), em especial Fernanda Lira e Isabella Abrante, por terem se tornado ainda mais importantes para mim. Hoje tenho como uma das minhas melhores amigas com quem compartilho alegrias e aflições do dia a dia.

A minha amiga Kaline Oliveira, primeira amizade na universidade. Muita gratidão pelo companheirismo, parceria, paciência e por tudo o que vivenciamos na nossa amizade diariamente.

A Maria Luiza Alvez amiga/irmã que Cuité me apresentou, com quem compartilhei casa, contas, comidas, alegrias, tristezas e muitas histórias durante os cinco anos. Nada será esquecido! Te amo!

A Romário Fernandes, com quem compartilho minha rotina, sonhos e estresses do final de curso. Gratidão imensa pela paciência, conselhos dados, por acreditar no meu potencial e me incentivar sempre. Nunca esquecerei!

Ao meu orientador Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira, inspiração para a minha vida profissional, excelente professor, orientador, pesquisador e enfermeiro. Muita gratidão por acreditar no meu potencial acadêmico, por todas as oportunidades (Núcleo, pesquisa, monitoria) já oferecidas e por toda paciência, dedicação e perfeccionismo com meu projeto.

Aos professores do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG) *Campus* Cuité, muita gratidão por terem repassado os melhores ensinamentos da enfermagem e pelas oportunidades oferecidas.

A minha banca examinadora, Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade e Profa. Dra. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho por terem aceitado o convite e por todas as contribuições dadas ao meu estudo e no decorrer da graduação.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram nessa caminhada, o meu mais sincero obrigado!

Ter consciência de si mesmo é a primeira e mais importante batalha que travamos dentro de nós. Todas as demais conquistas são conseqüências dessa primeira vitória. Sem ela, apenas sonharemos, sem nada realizar.

Rossandro Klinjey

RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE

Maria Paula Ramalho Barbosa¹
Matheus Figueiredo Nogueira²

RESUMO

Objetivo: Identificar a ocorrência de quadros indicativos de depressão em idosos na perspectiva da classificação de funcionalidade. **Método:** Estudo transversal analítico realizado em Cuité, Paraíba, Brasil com 233 idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Foi utilizado o *Inventário de Depressão de Beck II (IDB-II)* para avaliar a intensidade de sintomas depressivos e o *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0* para aferição do nível de funcionalidade. Na análise realizaram-se os testes Exato de Fischer, Correlação de Spearman, Mann Whitney e Kruskal Wallis, considerando as relações significativas quando *p-valor* inferior a 0,05. **Resultados:** A idade apresentou correlação positiva significativa com a depressão ($\rho = 0,195$; *p-valor* = 0,003). Na comparação do padrão de depressão entre os grupos das variáveis sociodemográficas, foram identificados seus maiores índices entre os idosos do sexo feminino (*p-valor* = 0,019), não alfabetizados (*p-valor* = 0,030), aposentados (*p-valor* = 0,023) e coabitando somente com filhos (*p-valor* = 0,038). Na avaliação do IDB, 58,8% dos idosos possuem algum grau de depressão (leve, moderado e severo), com associação significativa segundo o padrão de incapacidade aferido pelo WHODAS (*p-valor* < 0,001). **Conclusões:** Evidenciou-se que durante o processo evolutivo de senescência o indivíduo se torna mais suscetível a diferentes graus de comprometimento da funcionalidade e a progressão da incapacidade funcional pode ser considerada um fator preditivo para a ocorrência da depressão em idosos.

Descritores: Idoso. Depressão. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

¹ Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande – Cuité (PB), Brasil. E-mail: ramalhobarbosa61@gmail.com.

² Orientador. Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto III Curso de Bacharelado em Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande – Cuité (PB), Brasil. E-mail: matheusnogueira.ufcg@gmail.com.

TRACKING OF DEPRESSION AMONG ELDERLY UNDER THE PERSPECTIVE OF FUNCTIONALITY CLASSIFICATION

Maria Paula Ramalho Barbosa
Matheus Figueiredo Nogueira

ABSTRACT

Objective: To identify the occurrence of signs of depression in the elderly from the perspective of functionality classification. **Method:** Cross-sectional analytical study conducted in Cuité, Paraíba, Brazil with 233 elderly people monitored by the Family Health Strategy. The *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) was used to assess the intensity of depressive symptoms and the *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS) 2.0 to measure the level of functionality. In the analysis, Fischer's Exact, Spearman's Correlation, Mann Whitney and Kruskal Wallis tests were performed, considering the significant relationships when *p-value* less than 0.05. **Results:** Age showed a significant positive correlation with depression ($\rho = 0.195$; *p-value* = 0.003). When comparing the pattern of depression between the groups of sociodemographic variables, its highest rates were identified among elderly females (*p-value* = 0.019), illiterate (*p-value* = 0.030), retired (*p-value* = 0.023) and cohabiting only with children (*p-value* = 0.038). In the assessment of the BDI, 58.8% of the elderly have some degree of depression (mild, moderate and severe), with a significant association according to the disability pattern measured by the WHODAS (*p-value* < 0.001). **Conclusions:** It was evident that during the evolutionary process of senescence, the individual becomes more susceptible to different degrees of impairment of functionality and the progression of functional incapacity can be considered a predictive factor for the occurrence of depression in the elderly.

Descriptors: Aged. Depression. International Classification of Functioning, Disability and Health

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e dados recentes estimam que em 2019 o número de pessoas idosas com 60 anos ou mais no mundo ultrapassou 01 bilhão, correspondendo a aproximadamente 13% da população global. No Brasil, o número de idosos já ultrapassa os 30 milhões e estima-se que até o ano de 2025 o país ocupe a sexta colocação com maior contingente do mundo e que em 2028 serão 38,5 milhões de idosos, correspondendo a 17,4% da população (BRASIL 2018; VIEIRA; SANTOS; NINK, 2020).

A partir dos anos de 1970 começou a ocorrer no Brasil a transição demográfica, no qual a sociedade rural e tradicional com altas taxas de natalidade e mortalidade passava para uma sociedade urbana e moderna com baixas taxas de natalidade e mortalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população (MIRANDA; MENDES; SILVA 2016).

O processo do envelhecimento é considerado dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. Nessa fase, é comum que os indivíduos se tornem menos adaptáveis ao ambiente e mais vulneráveis a determinados agravos na saúde. Dessa forma, é importante entender que o envelhecimento provoca a diminuição gradual da capacidade funcional, e que com o decorrer da idade, o indivíduo vai perdendo em ritmo diferenciado e individual a habilidade de tomar decisões e de realizar atividades diárias, diminuindo assim sua autonomia e independência (FERREIRA et al., 2012).

O envelhecimento é considerado um processo natural do ser humano, no entanto, para além das mudanças fisiológicas, também acontecem alterações psicológicas. Dentre os efeitos da involução psíquica é possível citar a tendência ao desinteresse, recolhimento, frustração ou angústia pelas perdas, luto e proximidade da finitude, de modo que se tornam comuns as queixas psíquicas, exibindo a interrelação entre as dimensões físicas e emocionais (BIASUS, 2016). Na tentativa de solucionar os conflitos emocionais, os idosos estão susceptíveis ao desenvolvimento de alterações psicológicas, em que se destaca com elevada prevalência a depressão, que por sua vez, está relacionada à diminuição da autoestima e do bem-estar, muito comuns na velhice (SOUSA K. A et al., 2017).

A depressão configura-se um dos problemas mais sérios das sociedades modernas envelhecidas, especialmente devido à sua elevada incidência e amplo impacto. Consta de um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. Tem como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as

atividades. A sintomatologia depressiva é considerada uma importante causa de morbidade clínica, mortalidade, suicídio, baixa qualidade de vida e aumento da utilização de cuidados de saúde na velhice. Nessa perspectiva, é considerada uma doença crônica, de natureza multifatorial e com forte impacto funcional na vida do doente idoso (BRASIL 2020; VIEIRA J.C. M et al 2015; LIMA et al., 2018).

Nos últimos anos a depressão tem sido apontada como o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e de outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano. Também é considerada a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial e estimava-se para 2020 o patamar de segunda causa global de incapacidade. No cenário epidemiológico, calcula-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações institucionalizadas (NÓBREGA et al., 2015).

Nessa lógica, a depressão se mostra como um agravo psiquiátrico deveras comum na velhice e pode estar associado a limitações funcionais do idoso ou ser decorrente da presença de comorbidades que dificultam sua independência e autonomia, e que podem, sobremaneira, interferir potencialmente na qualidade de vida ao ocasionar sofrimento psíquico e físico globais. É nesta perspectiva que se faz necessário compreender de modo mais específico a relação entre a depressão e a condição de funcionalidade do idoso, definida como um termo genérico que abrange todas as estruturas e funções do corpo, atividade e participação (BRASIL 2006; CARVALHO V.P.S et al 2019).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma ferramenta utilizada para conhecer as condições de funcionalidade das pessoas com o intuito de avaliar essa autonomia e independência, associadas ou não a qualquer doença, assim como para identificar os fatores ambientais e pessoais que interferem na qualidade de vida. Estas escalas são indispensáveis na avaliação objetiva do idoso e na formulação, implementação e avaliação de planos de cuidados, fortemente voltados à multidimensionalidade dos determinantes da saúde do idoso, sem desprezar a importância das doenças ou das alterações físicas. A partir da escala WHODAS (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*), por exemplo, é possível classificar os idosos quanto ao grau de incapacidade - ausente, leve, moderada e grave (BRUCHALLA C.M et al 2019).

Diante do exposto, ao compreender as distintas condições de funcionalidade do idoso, sublinha-se o seguinte questionamento: existe relação entre a ocorrência de quadros indicativos de depressão com a condição de funcionalidade do idoso? A resposta a este questionamento poderá elucidar a importância do cuidado integral à pessoa idosa, sobretudo ao reconhecer a

possível aproximação entre os quadros indicativos de depressão e a (in) capacidade funcional do idoso.

O objetivo primário desta pesquisa foi identificar a ocorrência de quadros indicativos de depressão em idosos na perspectiva da classificação de funcionalidade. Como objetivo secundário buscou-se investigar a relação entre as características sociodemográficas e os sinais indicativos de depressão na população idosa, com base no IDB-II.

MÉTOD

Investigação epidemiológica observacional transversal analítica com desenho quantitativo realizado no município de Cuité, situado na microrregião do Curimataú Ocidental, estado da Paraíba, Brasil. As unidades de referência para o estudo foram, especificamente, os domicílios dos idosos. Para a localização dos participantes foram considerados os seus cadastros de vinculação às Unidades Básicas de Saúde (UBS's) da zona urbana do município. Essa restrição teve como finalidade assegurar a homogeneidade das características dos participantes do estudo.

Para o cálculo da amostra considerou-se a população total de idosos da zona urbana do município ($N = 2.486$), segundo dados censitários do IBGE publicados no ano de 2010; a prevalência estimada de quadros indicativos de depressão em idosos conhecida de $P = 21,2\%$ ($0,212$) conforme média calculada a partir das prevalências estimadas para a depressão igual a $20,4\%$ por Gullich, Duro e César (2016) e de 22% por Machado et al. (2016), ambos em estudos de base populacional; nível de confiança de 95% ; e erro amostral de 5% , resultando em um “ n ” equivalente a 233 participantes (BRASIL, 2010; LUIZ ; MAGNANINI, 2000).

A seleção dos participantes deu-se pela amostragem probabilística sistemática e proporcional para cada UBS. Ao considerar apenas as famílias cadastradas nas UBSs que possuem idosos em sua composição e de posse do número de ordem do prontuário familiar foi calculado o intervalo de amostragem (k) e realizado o sorteio. Foram atendidos os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; ser cadastrado em uma UBS da zona urbana; e cumprir o critério de satisfatoriedade cognitiva aferida pelos itens da orientação temporal (data da entrevista) e espacial (relato do endereço) do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Por se tratar de uma avaliação cuja funcionalidade/incapacidade do idoso poderia ser determinante para o resultado do estudo, não foram elencados critérios de exclusão. Ademais, face à ausência da inserção de um valor de compensação no cálculo amostral, as perdas e recusas (06) foram prontamente substituídas a partir de novos sorteios.

Para a coleta de dados foram utilizados: I) *Questionário sociodemográfico*,

contemplando as variáveis: sexo, cor/raça, estado civil, religião, renda familiar, arranjo familiar, alfabetização funcional e ocupação; II) *Inventário de Depressão de Beck II (IDB-II)* – instrumento validado no Brasil por Gomes-Oliveira et al (2012), cujo objetivo é rastrear a intensidade/gravidade de sintomas depressivos por meio de uma escala de 21 itens com quatro respostas (variando de 0 a 3). A soma dos escores de todos os itens fornece uma pontuação máxima de 63 pontos. Consideram-se valores entre 0 e 13 como “depressão mínima” ou “ausência de depressão”, de 14 a 19 como “depressão leve”, entre 20 e 28 como “depressão moderada” e valores acima de 28 como “depressão severa” (SILVA; ANUNCIACÃO; CAREGNATO, 2019). Escores mais elevados indicam gravidade acentuada. O instrumento é uma versão mais curta do IDB do qual foram retirados alguns itens e substituídos por outros como: perda de energia, dificuldade de concentração dentre outros (ARGIMON; SILVA; WENDT, 2018); e III) *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0* – instrumento genérico de avaliação de saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico. Fornece o nível de funcionalidade de seis domínios de vida: Domínio 1: Cognição – compreensão e comunicação; Domínio 2: Mobilidade (movimentação e locomoção); Domínio 3: Autocuidado (lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho); Domínio 4: Relações interpessoais (interações com outras pessoas); Domínio 5: Atividades de vida (responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola); e Domínio 6: Participação (participar em atividades comunitárias e na sociedade). De acordo com Bruchalla et al. (2019), a versão de 12 itens da escala utilizada neste estudo produz um escore de 0 a 48 pontos, considerando de 0 a 2 pontos como “sem incapacidade”, de 02 a 05 como “incapacidade leve”, de 06 a 11 pontos como “incapacidade moderada” e acima de 12 pontos como “incapacidade grave”. Por ser um instrumento genérico, não tem foco em doença específica, podendo ser utilizado para comparar deficiências advindas de diferentes doenças (QUEIRÓS et al., 2015; BRASIL, 2020).

A coleta de dados aconteceu entre abril e maio de 2021, em datas e horários previamente agendados e conforme a disponibilidade de cada participante, somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética (Perecer nº 4.487.662). Participaram da coleta de dados o pesquisador responsável, a pesquisadora participante e 05 (cinco) alunos vinculados ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos de coleta.

Após o levantamento das informações e término da coleta de dados, o *software Excel* 2010 foi utilizado para a construção de um banco de informações a partir das respostas apontadas para os itens contidos nos instrumentos. Mediante o agrupamento das informações,

procedeu-se a análise descritiva e quantitativa dos dados (univariada), utilizando medidas simples de frequência absoluta e relativa, além de medidas de tendência central como média, mediana e desvio-padrão. O processamento dos resultados do Inventário de Depressão de Beck II e do WHODAS 2.0 seguiram todas as recomendações descritas na validação dos instrumentos. Em seguida utilizou-se a análise estatística inferencial para relacionar as variáveis dependente (padrão de depressão) e independentes (características sociodemográficas e padrão de funcionalidade), por meio do *software* IBM SPSS versão 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Na operacionalização da estatística bivariada foi aplicado o Teste Exato de Fischer para a averiguar a associação entre variáveis categóricas; o teste de correlação de Spearman para avaliação das variáveis quantitativas; e os testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis (com teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn) para a comparação de grupos diante da variável desfecho (padrão de depressão). Foram utilizados os testes não-paramétricos face à assimetria da normalidade de distribuição dos dados aferida pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As relações foram consideradas significativas quando o *p-valor* inferior a 0,05.

Todo o desenvolvimento deste estudo foi norteado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS) e pela Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

RESULTADOS

O estudo foi desenvolvido com 233 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (60,5%), de cor/raça parda (56,2%), casada (54,1%), religião católica (70,4%), não alfabetizada (59,7%) e com renda entre 2 e 3 salários mínimos (51,1%). Sobre o arranjo familiar, 28,3% dos idosos compartilham do domicílio somente com o cônjuge e 21,5% moram sozinhos. Quanto à ocupação, predominaram os aposentados (89,7%).

Quando comparada a diferença do escore total do IDB entre os grupos das variáveis sociodemográficas, observou-se significância estatística para o sexo (*p-valor* = 0,019), alfabetização funcional (*p-valor* = 0,030), arranjo familiar (*p-valor* = 0,038) e ocupação (*p-valor* = 0,023), como se observa na Tabela 1.

Tabela 1 - Comparação do escore total do IDB segundo a caracterização sociodemográfica dos idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité - PB, 2021 (n=233).

Variáveis	Escore Total do IDB			
	<i>n</i>	%	<i>Mean Ranks</i>	<i>Sig. p-valor</i>
<i>Sexo</i> ^A				
Masculino	92	39,5%	104,18	0,019*

Feminino	141	60,5%	125,36	
Cor/Raça^B				
Branca	70	30,0%	115,19	
Parda	131	56,2%	115,53	0,718
Amarela	02	0,9%	136,00	
Preta	29	12,4%	128,93	
Indígena	01	0,4%	52,50	
Estado civil^B				
Solteiro	36	15,5%	101,17	
Casado	126	54,1%	115,28	0,259
Divorciado/desquitado	16	6,9%	125,56	
Viúvo	55	23,6%	128,82	
Religião^B				
Católica	164	70,4%	116,79	
Protestante/Evangélica	43	18,5%	116,34	0,716
Judaica	01	0,4%	34,50	
Nenhuma	18	7,7%	112,17	
Outra	06	2,6%	136,50	
Alfabetização funcional^A				
Sim	98	42,1%	105,78	0,030*
Não	135	57,9%	125,14	
Renda familiar^B				
Igual a 01 s.m.	112	48,1%	110,61	0,198
Entre 02 e 03 s.m.	119	51,1%	122,01	
Acima de 04 s.m.	02	0,9%	176,75	
Arranjo familiar^{B(+)}				
Cônjuge e filhos (as) ^a	39	16,7%	123,67	
Somente com filhos (as) ^{a,b}	23	9,9%	157,96	
Arranjos trigeracionais ^a	21	9,0%	123,62	
Arranjos intrageracionais ^a	11	4,7%	125,62	0,038*
Somente com cônjuge ^{a,c}	66	28,3%	99,69	
Somente com netos (as) ^a	05	2,1%	127,60	
Sozinho (a) ^a	50	21,5%	117,91	
Cônjuge, filhos(as), genro/nora ^a	10	4,3%	106,65	
Outros arranjos ^a	08	3,4%	80,88	
Ocupação^B				
Aposentado (a) ^a	209	89,7%	120,60	0,023*
Agricultor (a) ^b	19	8,2%	99,16	
Servidor (a) público (a) ^b	03	1,3%	40,50	
Outras ^b	02	0,9%	24,75	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

^A - Teste de Mann Whitney.

^B - Teste de Kruskal Wallys.

⁽⁺⁾ - Teste post hoc de Dunn (letras iguais = conjuntos homogêneos).

* - Significância estatística (p -valor < 0,05)

A idade média dos idosos foi de 72,6 anos (dp = 8,875) e evidenciou um coeficiente de correlação positiva (fraco) e estatisticamente significativa com o escore total do IDB ($\rho = 0,195$;

p -valor = 0,003), explicando que quanto maior a idade, maior o escore do IDB e mais intenso/grave o quadro de depressão.

A partir da estratificação do escore total do IDB, constatou-se que 41,2% dos idosos apresentaram depressão mínima ou ausente e que a maioria apresenta algum grau de depressão de importância clínica, considerando o somatório dos três níveis (leve = 26,6%; moderado = 22,7%; e severo = 9,4%), totalizando 58,8%, como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação do padrão de depressão segundo o IDB em idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité - PB, 2021 (n=233).

Variáveis	Idosos	
	<i>n</i>	%
Depressão mínima ou ausente	96	41,2%
Depressão leve	62	26,6%
Depressão moderada	53	22,7%
Depressão severa	22	9,4%
Total	233	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Ao associar a ocorrência de quadros indicativos de depressão com a classificação de funcionalidade, identificou-se que há uma associação estatisticamente significativa (p -valor < 0,001) entre a depressão e a incapacidade, em que o sentido da associação está entre o padrão de depressão mínima/ausente com o padrão de incapacidade ausente, identificado por meio dos resíduos padronizados ajustados no teste Exato de Fischer.

Tabela 3 - Associação entre as categorias dos padrões de depressão e incapacidade de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité - PB, 2021 (n=233).

Padrão de incapacidade (WHODAS)	Padrão de depressão (IDB)				Sig. <i>p</i> -valor ^C
	Mínima/Ausente	Leve	Moderada	Grave	
<i>Ausente</i>	17	01	04	01	< 0,001*
<i>Leve</i>	40	24	08	05	
<i>Moderada</i>	26	13	13	01	
<i>Grave</i>	13	24	28	15	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

^C - Teste Exato de Fisher. * - Significância estatística (p -valor < 0,05)

DISCUSSÃO

Este estudo investigou a ocorrência de quadros indicativos de depressão em idosos segundo as características sociodemográficas e a classificação de funcionalidade.

Foram identificados maiores índices de depressão entre mulheres idosas (p -valor = 0,019; $mean ranks = 125,26$), com diferença estatisticamente significativa quando comparado aos homens. Esses dados corroboram a tendência mundial em que se tem predominância de mulheres idosas, fenômeno descrito por processo natural de “feminização da velhice”. A população feminina é maioria em todas as regiões do mundo e as projeções indicam que as mulheres vivam, em média 7,1 anos a mais que os homens (CEPELLOS 2021; FONTES 2019).

O alto índice de quadros depressivos em mulheres idosas associa-se ao processo de senescência, sobretudo ao período da menopausa que traz tristeza, raiva, irritabilidade, confusão, isolamento social, cansaço e cefaleia. Além disso, muitas mulheres já sofrem com sintomas depressivos leves quando mais jovens, mas na ausência de cuidado eficiente, a tendência é que na velhice tais sintomas exacerbem ocasionando perdas psicológicas e sociais como o isolamento e a viuvez. Apesar de as mulheres viverem mais que os homens, estão mais predispostas a algumas doenças físicas e mentais, como constatado neste estudo (MACHADO 2019; CORRENTE; FIGUEIREDO NETO, 2018).

Em relação à variável cor/raça, verificou-se que 56,2% dos idosos se autodeclararam pardos, característica comum da região Nordeste. Sequencialmente destacou-se a cor/raça branca (30,0%). De acordo com o IBGE, entre os anos de 2012 e 2016 o número de pardos autodeclarados cresceu 6,6%. O estado civil também foi um dos dados avaliados, embora não tenha apresentado relação significativa com o IDB, mostrou que a maioria dos idosos é casada (54,1%), resultado semelhante a estudos realizados em São Carlos (SP) e Catanduva (SP), com, respectivamente, 58,3 % e 61,5% de idosos casados. Cesar, Gullish e Duro (2016) apontam o casamento como um fator contributivo para a manutenção de um indivíduo ativo, tirando-o da introspecção, condição comum ao estado depressivo.

Quanto à variável religião, 70,4% dos idosos seguem o catolicismo, equivalentes aos cenários em nível de Brasil (62,6%) e Paraíba (80,25%). As crenças religiosas favorecem o equilíbrio pessoal, além de propiciar maiores condições ao indivíduo idoso de lidar com a dependência e com a tendência ao isolamento. Desse modo, o envolvimento com a religião está associado positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade e afeto positivo, e assim evitam o desenvolvimento de sintomas que indicam depressão (BRASIL, 2010; NOGUEIRA et al., 2014).

Notou-se que a escolaridade guarda relação com indicativos de quadros depressivos entre idosos. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre alfabetizados e não alfabetizados (p -valor = 0,030), com maiores indícios entre aqueles sem alfabetização ($mean ranks = 125,14$). Pesquisa realizada por Cunha et al. (2020) mostrou que houve associação

significativa (p -valor = 0,05) da depressão com a escolaridade dos idosos, fato confirmado neste estudo. O alto índice de idosos não alfabetizados se justifica principalmente pela influência cultural da época, em que não se tinha a oportunidade de estudar muitos anos, logo se casavam e formavam famílias muito cedo, sendo forçados a começar a trabalhar ainda jovens (CORRENTE; FIGUEIREDO NETO, 2018).

A prevalência do analfabetismo entre os idosos do estudo traz influência no desenvolvimento de quadros depressivos. Isso é ratificado ao entender, conforme Santos et al. (2014), que quanto mais alto o nível escolar, menores são os sintomas psicossomáticos. A falta de escolaridade faz com que as pessoas tenham uma vida limitada, sem grandes perspectivas de um bom emprego e outras conquistas a partir de uma boa remuneração, fatores esses que também podem gerar quadros depressivos (NINK; VIEIRA; SANTOS, 2020). Pode-se dizer ainda que analfabetismo faz com os idosos fiquem mais vulneráveis a violência física, psicológica e financeira. A escolaridade, portanto, é vista como um fator protetor em relação a saúde do indivíduo, considerada essencial para se obter conhecimento e acesso às informações, aspectos que interferem no modo como os idosos conduzem as rotinas diárias e as escolhas dos hábitos de vida, modulando o autocuidado e a propensão ao desenvolvimento de doenças (FADEL et al., 2018).

Ao analisar a renda familiar notou-se que a maior parte dos idosos recebem em média de 2 a 3 salários mínimos, no qual a principal fonte de renda e ocupação é a aposentadoria, esta última com destaque na significância estatística quando comparada à depressão (p -valor = 0,023; *mean ranks* = 120,60), após teste de comparações múltiplas de Dunn. Isso se dá especialmente ao analfabetismo, fator que contribui para que os idosos fiquem no mercado informal sem possibilidades de planejamento e investimento que gere a garantia de uma renda maior quando mais velhos. Sendo assim, pode-se dizer que a renda se configura como um fator determinante na condição de vida do idoso pela necessidade de cuidados com a saúde, alimentação, moradia, transporte, medicamentos e lazer (VILARTA et al., 2013).

A aposentadoria, apesar de muito desejada, por vezes é vista como vilã quando não adequadamente administrada. O idoso começa a “sentir” o passar das horas que antes eram preenchidas com o trabalho e que agora, estando em casa, sente-se vazio, isolado da sociedade e tendo que se adaptar ao convívio prolongado com a família que nem sempre conseguirá suprir suas necessidades. A sensação gerada muitas vezes é de inutilidade e perda autonomia, trazendo limitação na vida diária e conseqüentemente provocando um sentimento de desequilíbrio nas emoções, no bem-estar e na imagem social. Essas sensações podem desencadear anedonia,

tristeza constante, perda de interesse e diminuição da energia, afetando as atividades cotidianas e caracterizando os quadros depressivos (NASCIMENTO, 2017).

Em relação ao arranjo familiar observou-se maiores índices de depressão em idosos que moram com filhos (p -valor = 0,038; $mean ranks = 157,96$), diferindo especificamente do grupo de idosos que moram somente com o cônjuge, após teste de comparações múltiplas de Dunn. Dessa forma, o convívio pluri ou multigeracional não pode ser visto como garantia de velhice bem-sucedida, e nem mesmo sinal de relações mais amistosas entre as gerações (DIAS; SILVA, 2016). O avanço do envelhecimento culmina em déficits na capacidade funcional e os idosos passam a demandar mais atenção e cuidado da família, especialmente na manutenção da autonomia e independência. No entanto, a insuficiência familiar, decorrente de fragilidades como conflitos intergeracionais, desemprego e dependência de álcool/drogas, pode reverberar em declínio da saúde psicológica do idoso, vulnerabilizando-o ao desenvolvimento de quadros de depressão (SASSAKI; SILVA, 2019; MENDES et al., 2015; TRAD; REIS, 2016).

A idade apresentou correlação positiva significativa com a depressão ($\rho = 0,195$; p -valor = 0,003), sinalizando que o avanço da idade é diretamente proporcional à intensidade e gravidade de quadros depressivos. Há uma ocorrência expressiva da doença na população idosa. Embora não seja considerada uma condição própria da senescência, acredita-se que conforme o aumento da idade mais sintomas depressivos são apresentados (GUIMARÃES et al., 2019). Com base na literatura, a prevalência de depressão entre idosos oscila entre 2 a 50%. À medida que aumenta o contingente da população idosa, também crescem os casos de doenças associadas à velhice, a exemplo da depressão. De acordo com estudos já realizados, estima-se que 48,9% dos idosos no Brasil sofrem de mais de uma doença crônica e, destas, a depressão alcança o número de 9,2% do total, realidade que se agrava devido à multiplicidade de manifestações, conceituação e difícil diagnóstico (SOUSA et al., 2018).

Investigações epidemiológicas inferem que a depressão está associada a maior morbimortalidade nos idosos, principalmente na presença de doenças físicas ou declínio cognitivo. Estudo recentemente realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mostrou que os sintomas depressivos são comuns nessa fase da vida, afetando 32,7% dos idosos, dos quais 25,4% apresentam depressão leve e 7,3% depressão grave (CUNHA et al., 2021). Essa prevalência após os 60 anos pode estar relacionada com a diminuição da resistência devido a fatores estressores que são comuns com o avançar da idade e com o aumento da percepção das limitações e incapacidades da senescência (VIETTA; FABRIS; NICOLACÓPULOS, 2020).

Ademais, condições como a desatenção familiar, sentimento de inutilidade causado pelo abandono de atividades exercidas que tende a levar à solidão e tristeza, perda da libido, baixa

autoestima ou até mesmo o cansaço ocasionado pela própria velhice, contribuem com o agravamento dos sintomas depressivos no envelhecimento. A forma como os próprios idosos lidam com a velhice, bem como os sentidos e imagens construídas nas instâncias coletivas, podem criar um cenário favorável para que sentimentos e atitudes permeiem a instalação de sintomas depressivos. O envelhecimento ativo e saudável requer otimizar o fortalecimento da tríade idoso-família-sociedade, uma vez que esse processo é considerado universal e singular (VELOSO, 2017; SILVA, 2021).

Neste estudo, 41,2% dos idosos apresentaram depressão mínima ou ausente e os demais (58,8%) possuem algum grau significativo de depressão (leve, moderado e severo), ratificando os achados de Marcon et al. (2021) que apontam a ocorrência de 62% para sintomatologia depressiva leve ou severa.

Os idosos representam um grupo relevante no que tange aos distúrbios psiquiátricos, uma vez que os casos de depressão nessa faixa etária está cada vez mais significativa. Isso ocorre em função dos eventos negativos já apresentados, comprovando que a depressão é multifatorial, com influência de fatores econômicos, sociais, culturais e familiares. Indubitavelmente, configura-se uma situação clínica de alta importância na população envelhecida, uma vez que pode trazer aos idosos consequências danosas, visto que, quando atingidos, tendem a perceber a si mesmos de forma negativa com pensamentos recorrentes de inadequação, autocrítica e a apresentarem uma visão negativa das interações sociais, do mundo e do futuro (ROZIN et al., 2020; MILLIONES et al., 2020; COUSSEAU, 2019).

Com o avançar da idade, devido às alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas em todo o organismo, e conseqüentemente o aumento da prevalência das doenças crônicas e maior risco de iatrogenia medicamentosa, além de estilos de vida pouco saudáveis, todos esses fatores somados a outros, ocasionam maior vulnerabilidade da autonomia, da independência e conseqüentemente a perda progressiva da capacidade funcional, deixando o idoso mais suscetível a quadros de depressivos (VOSER; HERNANDE, 2019). A depressão se apresenta como uma das principais causas de incapacitação no mundo (ROCHA; MELO, 2021).

O comprometimento funcional na pessoa idosa representa um importante fator para a diminuição das atividades sociais e o agravamento de enfermidades a exemplos da depressão, influenciando diretamente na qualidade de vida, aumentando o risco de hospitalização, institucionalização, morte e gerando sentimentos de diminuição da vontade de viver. Conforme resultados deste estudo, na comparação da idade quanto às categorias do WHODAS, observou-se com significância estatística (p -valor < 0,001) que quanto mais elevada a idade, maior a proporção do nível de incapacidade (incapacidade leve: *mean ranks* = 78,81; incapacidade

moderada: *mean ranks* = 113,54; e incapacidade grave: *mean ranks* = 161,00). Estudo de Costa et al. (2019) identificou 2,8% de incapacidade funcional para idosos de 60 a 64 anos e 15,6% para aqueles com 75 anos ou mais de idade.

Em função da vulnerabilidade do idoso à preservação da funcionalidade, constatou-se uma associação estatisticamente significativa (*p*-valor < 0,001) entre o padrão de depressão (IDB) e o padrão de incapacidades (WHODAS), cujo sentido da associação está entre o padrão de depressão mínima/ausente com o padrão de incapacidade ausente. Nessa lógica, ao considerar que durante o processo evolutivo de senescência o indivíduo se torna mais suscetível a diferentes graus de comprometimento da funcionalidade, a progressão da incapacidade funcional pode ser considerada um fator preditivo para a ocorrência da depressão em idosos (BUCHALLA et al., 2019).

O envelhecimento está intimamente ligado à redução da vitalidade e da capacidade funcional, importantes marcadores da saúde do idoso, por gerarem como consequência a perda de autonomia e o risco de dependência. Essa condição influencia diretamente na qualidade de vida dos idosos e pode levar ao desenvolvimento de quadros de depressão devido a diminuição da capacidade laboral e motora que são características de um envelhecimento patológico. De acordo com Reis et al. (2019), quanto mais longo o idoso for, maior será a sua vulnerabilidade para desenvolver dependência funcional. A preservação da capacidade funcional na pessoa idosa, portanto, é um preditor importante na qualidade de vida e na prevenção de agravos como a depressão (REIS et al., 2019; TAVARES et al., 2019).

De modo a preservar a capacidade funcional dos idosos e com o intuito de identificar problemas e evitar situações de risco e/ou que possam gerar incapacidades, como imobilidade, quedas ou mesmo quadros depressivos, tem-se a avaliação multidimensional do idoso. Seu objetivo é traçar um diagnóstico clínico-funcional, em que por meio da avaliação dos aspectos gerais de saúde e social do idoso, é considerada padrão ouro para a identificação e manejo de incapacidades nessa população, visto que a sua execução nas práticas assistenciais em saúde permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo (BRASIL, 2018).

Visando qualificar a assistência ao idoso, sobretudo ao considerar que a atenção global a este público é notadamente negligenciada, faz-se necessário o manejo mais efetivo da rede de atenção à saúde do idoso afim de realizar rastreamentos sistemáticos dos sintomas depressivos durante as consultas de enfermagem. A avaliação multidimensional deve ser parte da consulta gerontogeriátrica uma vez que a condição de saúde do idoso é determinada por meio da sua condição de funcionalidade (autonomia e independência).

Ademais, diante da nova realidade de pandemia da COVID-19 enfrentada na atualidade, torna-se viável a criação de campanhas de educação em saúde com o propósito de sensibilizar governantes, autoridades sanitárias, profissionais da área, familiares, cuidadores e os próprios idosos, para que tenham o conhecimento da sintomatologia da doença e não a vejam como algo natural da velhice ou decorrente do processo de senescência. Não obstante, a efetiva implementação de linhas de cuidado ou programas especializados de atenção ao idoso, especialmente no nível primário de assistência à saúde, poderá fortalecer a avaliação da sua funcionalidade global, bem como a indicação do diagnóstico da depressão ou incapacidades, conduzindo ao acompanhamento longitudinal mais eficiente.

CONCLUSÕES

O processo de senescência torna o indivíduo mais suscetível a diferentes graus de comprometimento da funcionalidade e a progressão da incapacidade funcional pode ser considerada um fator preditivo para a ocorrência da depressão em idosos. Os resultados apontaram maiores índices de depressão entre mulheres idosas, não alfabetizadas, aposentadas e coabitando somente com filhos. A idade apresentou correlação positiva com a depressão e 58,8% dos idosos possuem algum grau significativo de depressão (leve, moderado e severo). Na comparação do WHODAS com o IDB, constatou-se que à medida que a incapacidade aumenta mais predisposto a depressão o idoso se torna.

Os resultados sinalizam para a implementação de intervenções qualificadas a curto, médio e a longo prazo, pois o acompanhamento adequado do idoso no decorrer da sua velhice contribui para a identificação progressiva de fatores que influenciam no seu bem-estar e na prevenção da incapacidade funcional e quadros depressivos. As incapacidades podem ser prevenidas e a depressão é um distúrbio que deve ser eficientemente tratado para assegurar ao idosos melhores condições de qualidade de vida.

Como limitação desse estudo, a natureza do desenho transversal impossibilita o estabelecimento de relações causais, mesmo comprovando que a capacidade funcional está relacionada ao desenvolvimento de quadros depressivos. Não se sabe o que é “causa” e “efeito” (causalidade reversa), tornando-se necessária a realização de outros estudos que possibilitem o preenchimento desta lacuna.

REFERÊNCIAS

ARGIMON, I.I.L.; SILVA, M.A.; WENDT, G.W. Inventário de Depressão de Beck II: Análises pela Teoria do Traço Latente. Avaliação psicológica. v.17, nº 1, p.339-350, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712018000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 de agosto de 2021.

BIASUS, F. Reflexões sobre o envelhecimento Humano: Aspectos psicológicos e relacionamento familiar. **Rev. Perspectiva URI Erechim.**, v. 40, n.152, p. 55-63, 2016. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf . Acesso em: 02 de outubro de 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Agência de notícias do IBGE**. 2010. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 05 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transtornos Depressivos**. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%20A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos>. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Multidimensional de idosos**. Governo do estado do Paraná, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf. Acesso em: 8 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf Acesso em: 10 de outubro de 2020.

BRUCHALLA, F.R.C.M. *et al.* Whodas 2.0-BO: Dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**.v.1, nº.1, p.1-11,2019. São Paulo. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-53-19/1518-8787-rsp-53-19-pt.x51180.pdf . Acesso em: 10 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.528, de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União 20 de outubro de 2006, Seção 1. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

CESAR, J.A; GULLICH, I; DURO S.M.S. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev brasileira de epidemiologia**, v. 19., n. 4, p. 691-701, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pSFfRQxB6FMP8RjCJxRt55G/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 de setembro de 2021.

CEPELLOS, V.M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Rev pensata**, v. 61, n. 2, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MGk7gZjy8SsRzxZwLYJkmbG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 de setembro de 2021.

CORRENTE, J.E; FIGUEIREDO NETO, E. M. Qualidade de vida dos idosos de Manaus segundo a escala de Flanagan. **Rev brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 495-502, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/DHC6cGzBdZws6RXkdfrrHHg/?lang=pt>. Acesso em: 06 de setembro de 2021.

COSTA, K.N.F.M. *et al.* Capacidade funcional e eventos estressores. **Rev. Mineira de Enfermagem**. v.23, p. 1-6, 2019. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1384>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

CARVALHO, V.P.S. Atuação da Enfermagem frente a depressão na população idosa. **Rev. Enfermagem Digital Cuidado e promoção da saúde**. v. 4, nº.1, p. 56, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v4n1a10.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

COUSSEAU, J. Sintomas depressivos e relacionamentos conjugais: Uma revisão sistemática da literatura, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/5041/TCC%20J%C3%A9ssica%20Cousseau.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

CUNHA, C.S. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde em região metropolitana do Distrito Federal. **Scientia Medica**, v. 31, p.1-12, 2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200508_212946.pdf. Acesso em: 05 de setembro de 2021.

DIAS, C.M.S.B; SILVA, C.F.S. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Rev. Ciência e profissão**. v. 36 nº3, 637-652, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/VWnZRkqdx7dmL5rbt8GJXH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

FERREIRA, O.G.L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Rev. texto e contexto**. V.21, n° 3, p. 513-518,2012. Florianópolis. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>. Acesso em:09 janeiro.2020.

FADEL, C. B. *et al.* Fatores que determinam a percepção negativa da Saúde do Idoso Brasileiro. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. V. 21, n°. 3,p.293-303,2018.Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/ChX4hCMYQ7XDs9kctm7kCJt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

FONTES, F.L.S. Representações sociais sobre esquecimento e depressão por pessoas idosas: Abordagem processual. **Rev. Enfermagem em foco**. v. 11, n°.1, p. 57-62, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2480>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

GOMES-OLIVEIRA, M.H.; GORENSTEIN, C.; LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample . **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 389-94, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/LsNs3GSfW7cnqXG5QjkBLzf/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: Acesso em: 10 de outubro de 2020.

GUIMARÃES, T. A. Fatores associados à depressão em idosos. **Rev. Eletrônica acervo saúde**.v. 39, n° 105, p. 536-550, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/239>. Acesso em: 07 de setembro de 2019.

LIMA, T. M. *et al.* Aplicação da escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. **Rev. Nursing**, v. 21, n° 237, p. 2030-2035, 2018. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/237Fevereiro2018/aplicacao_da_escala_de_depressao_geriatrica.pdf .Acesso em: 10 de outubro de 2020.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/s86hP4VTNN4cD5Xcwzc7NJj/?lang=pt>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

MACHADO, M.L.S.M. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.67, n°2, p. 101-109, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VSvjpthXtH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de setembro de 2021.

MENDES, M. A. *et al.* Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Rev. Brasileira de enfermagem**, vol.68, n.1, p.1176-1185. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kvXWLXNmctddJNk7hY5kYqs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Brasileira Geriatria Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232016000300507&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em:09 janeiro.2020.

MILLIONES, R. *et al.* Perfil sociodemográfico da depressão em idosos no Brasil. **Millenium**, v. 2,nº1, p. 79-84. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7668055>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

MARCON, S. S. *et al.* Qualidade de vida e risco de depressão em idosos institucionalizados. **Rev. de pesquisa cuidado é fundamental**. V.13, p.982-988,2021.Rio de Janeiro. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9752/10055>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

NASCIMENTO, A.B. A perspectiva do idoso acerca da relação familiar e associação com a depressão geriátrica. V.1, nº1, p.1-44, 2017. Campo Grande. Disponível em: <https://inisa.ufms.br/files/2019/06/A-PERSPECTIVA-DO-IDOSO-ACERCA-DARELA%C3%87%C3%83O-FAMILIAR-E-ASSOCIA%C3%87%C3%83O-COM-A-DEPRESS%C3%83O-GERI%C3%81TRICA.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

NINK, F.R.F; VIEIRA, R.R; SANTOS, V.G. Prevalência de depressão em idosos em uma cidade do estado de Rondônia. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Vol.30, n.3, p.43-48,2020.Ji-paraná. Disponível em: <http://repositorio.facimed.edu.br/xmlui/handle/123456789/77>. Acesso em:10 de setembro de 2021.

NOGUEIRA, D.A. *et al.* Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Rev. texto contexto de enfermagem**. v.23, nº3, p.648-655, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DpDVZ8Z9VBfCJXzrwJc9yvf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de setembro de 2021.

NÓBREGA, I.R.A.P. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Rev. Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>. Acesso em:09 janeiro 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Depressão: o que você precisa saber?** Brasília: OPAS/OMS, 2016-2017.

QUEIRÓS, A. Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. **Rev. portuguesa da Saúde Pública**, v. 33, n°2, p.179-182,2015. Disponível

em:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;jsessionid=7E360D7A04E636E55134764E269E257F?sequence=19. Acesso em: 20 de outubro 2020.

REIS, L.A. *et al.* Avaliação do nível de dependência funcional do idoso com limitação. **Rev. Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 169-175,2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988015>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

ROZIN, L. *et al.* Autoestima e risco para depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Espaço para a saúde**, 2020. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/684/pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

ROCHA, S. N; MELO M.B. **Uma proposta de intervenção para o controle e prevenção da depressão em uma comunidade rural.**v.1, n°1,p.1-16,2021, Piauí. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/20471/1/Marcelo%20Brand%C3%A3o%20Melo7.pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

SASSAKI, Y; SILVA, L.A. **Cotidiano de pessoas idosas de um centro de convivência do idoso em Parintins – AM.** V. 1, n°1, p.1-130, 2019. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1275_12755cc858cb6e848.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

SOUSA, K.A. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **Rev. Mineira de Enfermagem**. v.21,n°1,p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1018.pdf> . Acesso em: 02 de setembro de 2021.

SILVA, A.S.P. **Saúde Mental na Terceira Idade.** Conselho Regional de Psicologia-CRP, 2021. Disponível em: <https://crp13.org.br/noticias/saude-mental-na-terceira-idade/>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

SILVA, F.S.C; ANUNCIACÃO, L; CAREGNATO, M. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**,v.1,n°1, p. 83-91, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jWpLDf5Kb4HGwFYBKS3xHWH/?lang=pt>. Acesso em: 10 de setembro.

TAVARES, T.C.A. *et al.* Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso no Brasil residente em comunidade. **Rev. de enfermagem referência**. V.1,nº1, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388260457006/html/>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

TRAD, L.A.B.; REIS, L.A. Percepção de idosos com comprometimento da capacidade funcional acerca do suporte familiar. **Rev. Kaikos Gerontologia**. V.1,nº1, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32396>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

VELOSO, L.S.G. **Representações sociais da depressão construída por idosos e suas relações com a capacidade funcional**. V. 1, nº 1, p.1-116, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9447/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

VIEIRA, J.C.M. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Rev. Saúde em Debate**, v .39, n. 105, p. 536-550, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042015000200536&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 de outubro 2020.

VIETTA, G.G; NICOLACÓPULOS, C; FABRIS C. **Perfil de risco para transtorno depressivo em idosos na cidade de Palhoça**. V.1, nº1, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9296/1/TCC%20F.pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

VILARTA, R. *et al.* Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidade. **Estudo Interdisciplinar envelhecimento**, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/35868>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

VOSER, R.C; HERNANDEZ, J.A.E. Exercício físico regular e depressão em idosos. **Rev. Psicologia do desenvolvimento**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 718-734, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000300010. Acesso em: 07 de setembro de 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

ESTUDO: ANSIEDADE E DEPRESSÃO GERIÁTRICA: AVALIAÇÃO COMPARATIVA SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade nº _____, inscrito no CPF nº _____, nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “ANSIEDADE E DEPRESSÃO GERIÁTRICA: AVALIAÇÃO COMPARATIVA SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE” e declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

- I. A pesquisa é necessária pois propiciará conhecer como a ansiedade e a depressão afetam os idosos e a relação da capacidade funcional com tais transtornos. A partir disso ampliará os estudos dessa linha de investigação científica e assim possibilitará aos familiares, profissionais de saúde e ao poder público estabelecer medidas que contribuam para a melhor qualidade de vida desses idosos que são acometidos;
- II. A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III. Será garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- IV. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI. Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam

divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
VII. Entende-se como fatores de risco nesta pesquisa: constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionadas aos sentimentos de intimidação pelos questionários utilizados. E, mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico;

VIII. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX. Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP em que a pesquisa estiver vinculada, Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba e a Delegacia municipal de Cuité - PB.

Cuité - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Testemunha 1: _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2: _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545 Página eletrônica: <https://cephuac-ufcg.wixsite.com/cephuac-ufcg>

Telefone para contato e endereço profissional: Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, Campus Cuité. Sítio Olho D'Água da Bica. Telefone: (83) 3372-1900 ou (83) 9.9971-6838

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Seção A: Dados sociodemográficos		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos)	<i>AIDADE:</i> _____
A2	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>ARELIG:</i> _____
A6	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0")	<i>ALERES:</i> _____ <i>AESCOL:</i> _____
A7	Qual é sua renda familiar mensal em Reais? Valor: _____ (99) NS/NR	<i>ARENF:</i> _____
A8	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A9	Ocupação atual: _____	<i>AOCUP:</i> _____

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo-assinados, responsáveis pela pesquisa intitulada “ANSIEDADE E DEPRESSÃO GERIÁTRICA: AVALIAÇÃO COMPARATIVA SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentaremos sempre que solicitado pelas instâncias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da mesma, assumindo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Em cumprimento às normas regulamentadoras, **declaramos que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada** e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-UFCG), os dados serão coletados.

Cuité-PB, 27 de outubro de 2020.

Maria Paula Ramalho Barbosa
Pesquisador participante

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Responsável pela pesquisa

APÊNDICE D

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, **Adriana Selis de Sousa**, Secretária de Saúde do Município de Cuité – Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “ANSIEDADE E DEPRESSÃO GERIÁTRICA: AVALIAÇÃO COMPARATIVA SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE”, que será realizada com os idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana deste município, por pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira.

Cuité, 27 de Outubro de 2020.

Adriana Selis de Sousa
Secretaria de Saúde



Adriana Selis de Sousa
Secretária Municipal de Saúde- Cuité

ANEXOS

ANEXO A

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK II (IDB-II)

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>
<p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas deem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperanças quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p>	<p>7. Autoestima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p>
<p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que me acontece.</p>
<p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p>	<p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
<p>5. Sentimento de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter</p>	<p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisa.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>

<p>feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado o tempo todo.</p>	
<p>11. Agitação</p> <p>1 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>3 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>4 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p>	<p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>0. Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a. Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b. Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a. Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b. Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a. Durmo maior parte do dia.</p> <p>3b. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir</p>
<p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades</p> <p>1 Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou por coisas que eu costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil eu me interessar por alguma coisa.</p>	<p>17. Irritabilidade</p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p>
<p>13. Indecisão</p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar minhas decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p>	<p>18. Alterações de apetite</p> <p>0. Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a. Meu apetite está um pouco menor que o habitual.</p> <p>1b. Meu apetite está um pouco maior que o habitual.</p> <p>2a. Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b. Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a. Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b. Quero comer o tempo todo.</p>
<p>14. Desvalorização</p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não</p>	<p>19. Dificuldade de concentração</p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como</p>

<p>me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo a outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p>	<p>habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p>
<p>15. Falta de energia</p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter,</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p>	<p>20. Cansaço ou fadiga</p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico mais cansado(a) ou fadigado(a) do que habitual.</p> <p>2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p>
	<p>21. Perda do interesse por sexo</p> <p>0 Não notei nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse em sexo.</p>

Pontuação Total: _____

ANEXO B

WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12
Entrevista

Seção 4 Questões centrais

Mostre o cartão resposta nº2

	Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
S4	Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
S5	Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5

	Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S6	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5
S8	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
S9	Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
S11	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12	Seu dia-a-dia no(a) trabalho/escola?	1	2	3	4	5

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presente?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE E DEPRESSÃO GERIÁTRICA: AVALIAÇÃO COMPARATIVA

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39837620.2.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.487.662

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional transversal e quantitativo com 233 idosos da zona urbana do município de Cuité – PB, através de uma amostragem probabilística sistemática, com intuito de avaliar comparativamente a ocorrência de quadros indicativos de ansiedade e depressão em idosos. Serão usados os seguintes instrumentos: Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), para o rastreamento de sintomas depressivos; Geriatric Anxiety Inventory (GAI), para avaliação da ansiedade em idosos; e o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0, instrumento prático e genérico para avaliação de saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico. Os dados serão analisados por meio de análise descritiva e quantitativa (univariada), utilizando medidas simples de frequência absoluta e relativa, além de medidas de tendência central como média e desvio-padrão. Também utilizar-se-á a análise estatística inferencial para relacionar as variáveis dependentes e independentes, por meio do software IBM SPSS versão 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Na operacionalização da estatística bivariada serão aplicados testes de associação, correlação e comparação (paramétricos ou não-paramétricos, a depender da normalidade da distribuição dos dados), sendo considerado como significativo quando o p-valor for inferior a 0,05.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 4.487.662

Avaliar comparativamente a ocorrência de quadros indicativos de ansiedade e depressão em idosos, sob a perspectiva da classificação de funcionalidade.

Secundários:

- Descrever o perfil sociodemográfico e comportamental dos idosos;
- Descrever o perfil de funcionalidade dos idosos;
- Avaliar comparativamente a relação entre o perfil de funcionalidade com os quadros indicativos de depressão;
- Avaliar comparativamente a relação entre o perfil de funcionalidade com os quadros indicativos de ansiedade;
- Verificar a relação entre quadros indicativos de depressão/ansiedade em idosos e suas características sociodemográficas e comportamentais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo o pesquisador, “a pesquisa poderá causar riscos mínimos aos participantes, uma vez que os mesmos podem se sentir constrangidos ao responder o questionário, vergonha por parte dos idosos, cansaço ao responder às perguntas, medo por talvez não entender do que se trata”. Apesar de assinalar os riscos, o pesquisador não apresentou uma forma de minimização dos mesmos.

Benefícios: O pesquisador afirma “acredita-se que a pesquisa traga importantes contribuições para a população idosa, poder público e sociedade em geral, já que os resultados alcançados poderão ser bases para intervenções que visarão a promoção da saúde do idoso, por meio de práticas assistenciais que garantirão um cuidado longitudinal e holístico, minimizando assim a ocorrência de ansiedade e depressão e maximizando o potencial de funcionalidade”.

Diante do exposto, ficam claros os riscos e benefícios da pesquisa. Contudo, o pesquisador não deixa evidente nas informações básicas, no TCLE e no projeto detalhado à forma como será prestada assistência imediata aos participantes salvaguardando o que preconiza a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, em seu item V.6 – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS. Aconselha-se revisar.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 4.487.662

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aparece bem delineada, com etapas definidas, metodologia criteriosamente detalhada e adequada. A pesquisa se mostra relevante para a área de saúde do idoso e traz grande contribuição para a sociedade em geral, para as ciências sociais e da saúde. Contudo, faz-se necessário rever questões ligadas a avaliação dos riscos e benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os seguintes documentos obrigatórios:

- 1- Informações básicas do projeto;
- 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- 3- Projeto de pesquisa detalhado;
- 4- Termo de anuência institucional;
- 5- Termo de compromisso dos pesquisadores;
- 6- Folha de rosto devidamente assinada;
- 7- Instrumentos;
- 8- Orçamento
- 9- Cronograma

Recomendações:

Sugere-se revisar os riscos e benefícios e o TCLE. Revisar a metodologia do Resumo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem inadequações éticas para o início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1654889.pdf	29/10/2020 14:47:50		Aceito
Outros	TERMODEANUENCIAMARIAPAULA.pdf	29/10/2020 14:47:21	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOSPESQUISADORES_MARIAPAULA.pdf	29/10/2020 14:46:42	MATHEUS FIGUEIREDO	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 4.487.662

Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOSPESQ UISADORESMARIAPAUULA.pdf	29/10/2020 14:46:42	NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMARIAPAUULA.pdf	29/10/2020 14:46:21	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOANSIEDADEEDEPRESSAOG ERIATRICA.pdf	29/10/2020 14:46:10	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOMARIAPAUULA.PDF	29/10/2020 14:45:55	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 31 de Dezembro de 2020

Assinado por:

**Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br