



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

PATRÍCIO DE ALMEIDA COSTA

**ANSIEDADE E (IN)CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: INTER-RELAÇÕES
E PERSPECTIVAS**

CUITÉ
2022

PATRÍCIO DE ALMEIDA COSTA

**ANSIEDADE E (IN)CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: INTER-RELAÇÕES
E PERSPECTIVAS**

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/UFPG), como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

**CUITÉ
2022**

C837a Costa, Patrício de Almeida.

Ansiedade e (in)capacidade funcional em idosos: interrelações e perspectivas. / Patrício de Almeida Costa. - Cuité, 2022.

42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2022.

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

Referências.

1. Ansiedade. 2. Idosos - ansiedade. 3. Transtornos de ansiedade. 4. Idosos - incapacidade funcional. 5. Ansiedade geriátrica. 6. Ansiedade - mulher - idosa. I. Nogueira, Matheus Figueiredo. II. Título.

CDU 616.89-008.441(043)

PATRÍCIO DE ALMEIDA COSTA

**ANSIEDADE E (IN)CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: INTER-RELAÇÕES
E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo aluno Patrício de Almeida Costa, 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 22 de março de 2022.

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, Antonio Lima Costa e Marta Maria de Almeida Costa que, com muito carinho, não mediram esforços para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida. A vocês, todo o meu amor e gratidão!

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, pelo dom da vida e sabedoria, e por sempre estar presente em todo o meu caminhar. Nos momentos de tribulações em que eu apenas visualizava pedras, fostes minha força; a mão segura que me ajudou a andar e guiou todos os meus passos. Hoje eu creio que tudo é por sua providência e infinito é o amor e cuidado que tens por mim.

Aos meus queridos pais, Antonio Lima Costa e Marta Maria de Almeida Costa, infinitos são e sempre serão os agradecimentos. Obrigado por sempre acreditarem em mim, pela força depositada, pelas palavras de amor e encorajamento, por nunca medirem esforços para que eu chegasse onde estou (abdicando muitas vezes dos seus próprios desejos), por compreenderem minha ausência nos momentos de estudos e por me ensinarem o verdadeiro significado de persistir. Essa conquista é NOSSA, pois sem vocês nada disso seria possível. Saibam que são minha referência de força e inspiração. Amo vocês.

A minha irmã Marcela de Almeida Costa, minha maior fonte de cuidar e cuidado, que mesmo com pouca idade dividiu muitas das batalhas que permearam minha trajetória e resultaram na conclusão desta etapa. Por diversas vezes você teve a maturidade, bravura e garra de “gente grande”, invertendo os papéis de irmão mais velho e me ensinando muito mais do eu sabia sobre o sentido de lutar e superar. Obrigado pelo amor incondicional, companheirismo, cumplicidade e carinho a mim dedicados durante todos esses anos. Estendo essa conquista também a você. Conte sempre comigo!

Aos meus avós, Antonio Lunguinho de Almeida e Francisca Anilde de Oliveira Almeida, obrigado por todo carinho que sempre tiveram comigo e por todo apoio. Peço a Deus que os ilumine sempre e lhes protejam de todo mal, para que possamos compartilhar de novas conquistas e momentos especiais. Aos demais familiares, tios (Lázaro Natanael de Oliveira Almeida e Alex Fabiano Buriti Dantas), tias (Raquel Mery de Almeida Dantas, Maria Betânia de Almeida Lunguinho) primos e primas, que sempre torceram por mim e acreditaram no meu sucesso, meu muito obrigado.

As minhas amigas e minha segunda família Eduarda Layane, Layla Lino, Iara Mayanne e Maria Luiza. Vocês fizeram parte dos momentos mais felizes da minha vida, e dos mais difíceis também, cada uma com o dom e sua maneira única de converter os meus momentos de angústias em momentos especiais. Jamais serei capaz de retribuir todo carinho, amor e incentivo que recebi de todas vocês. Agradeço também a nossa “agregada” Maria Paula, que enfrentou comigo diversos desafios, lutas e anseios, compartilhando sonhos e desejos. Obrigado por ter

tornado a caminhada mais leve e gratificante. Que daqui a 50 anos, possamos (todos) desfrutar da mesma amizade e companheirismo que temos hoje. Amo vocês e contem sempre comigo!

As minhas queridas amigas Thaysa Fernandes e Maria Sílvia, obrigado por desbravar junto a mim todos os sonhos, batalhas e conquistas. Cada oportunidade e meta almejada, por mais impossível que fosse, vocês estavam comigo, sendo a luz, a escuta e o incentivo que eu precisava. A vocês minha eterna gratidão, carinho e amizade.

A minha família espiritual e amigos do EJC, vocês são parte fundamental da minha vida. O Patrício hoje prestes a receber o título de enfermeiro leva consigo ensinamentos de fé, amor e humanidade, que com certeza serão reflexo da compaixão de Deus no cuidado exercido com o outro. Obrigado por me tornarem uma pessoa cada vez melhor e sempre colocarem minha vida em suas orações.

Aos docentes que me concederam oportunidades de aprendizado e crescimento acadêmico durante toda a graduação (Matheus Nogueira, Nathanielly Cristina, Luana Ribeiro, Adriana Montenegro, Edlene Regis e Lidiane Andrade). Obrigado por confiarem no meu potencial e pelas amizades construídas. Estendo também os agradecimentos a todos os professores da Unidade Acadêmica de Enfermagem, que dedicam sua atenção e tempo para construção do nosso saber, garantido uma formação de excelência. Obrigado por todo o conhecimento compartilhado.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa em envelhecimento Humano e Qualidade de Vida (NEPEQ), meus sinceros agradecimentos. Obrigado por todo o conhecimento transmitindo e oportunidades concedidas. A semente antes plantada, hoje amadurece e inicia seus frutos. Em especial estendo os agradecimentos ao amigo Arthur alexandrino, pela parceria acadêmica e por sempre ser solícito quando eu mais precisei.

Na oportunidade agradeço ao meu orientador Dr. Matheus Figueiredo Nogueira, inspiração pessoal e acadêmica. Obrigado por acreditar em mim, pela paciência, pelos diálogos e conselhos, por me guiar com maestria pelo mundo da pesquisa científica e por todas as oportunidades concebidas (NEPEQ, PIBIC e Monitoria). Obrigado por ter me dado a honra de ser seu aluno e orientando e por sempre me incentivar tanto. Parabéns pela pessoa e profissional competente que és! Dedico essa conquista também ao senhor que muito contribuiu para que eu chegasse até aqui!

A minha banca examinadora, Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade e Profa. Dra. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho, por aceitaram prontamente meu convite, contribuindo sobremaneira com meu trabalho de conclusão de curso. Obrigado por toda partilha de conhecimento e pelos ensinamentos que vão além deste trabalho. Gratidão a vocês!

Agradeço em especial a todos os idosos participantes do estudo, que abriram suas portas e compartilharam parte da sua história e intimidade conosco. Guardo comigo ensinamentos, lições, carinho e momentos de alegria, fruto das longas conversas entre uma entrevista e outra. Foi um prazer conhecê-los, a vocês todo o meu respeito e admiração. Obrigado!

Por fim, agradeço a aquelas pessoas que por algum motivo não foram citadas ou não fazem mais parte da minha convivência diária, porém tiveram um papel primordial em minha história. Vocês em tantos momentos foram sinônimos de alegria, força, amor e resiliência, foram ainda a palavra ou o abraço que me acalentaram quando eu precisava. Agradeço pela oportunidade de tê-los conhecidos e por tudo positivamente construído.

*O envelhecimento não é "juventude perdida", mas
um novo estágio de oportunidade e força.*

Betty Friedan

ANSIEDADE E (IN)CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: INTER-RELAÇÕES E PERSPECTIVAS

Patrício de Almeida Costa
Matheus Figueiredo Nogueira

RESUMO

Objetivos: estimar a ocorrência da ansiedade em idosos, a partir do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI); comparar dados sociodemográficos com o escore do GAI; e investigar a associação entre o padrão de incapacidade funcional e ansiedade geriátrica. **Método:** estudo transversal e analítico realizado em Cuité, Paraíba, Brasil com 233 idosos vinculados a Estratégia Saúde da Família e aleatoriamente selecionados. Os dados foram coletados por meio dos instrumentos *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0* e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), cuja análise foi subsidiada pela estatística descritiva e bivariada, considerando significância quando $p\text{-valor} < 0,05$. **Resultados:** 48,1% dos idosos apresentaram algum nível de ansiedade autorreferida (leve/moderada ou grave), com diferença significativa para o grupo de mulheres na comparação da variável sexo ($p\text{-valor} = 0,002$). Identificou-se que a ansiedade grave e o padrão de incapacidade grave estão associados ($p\text{-valor} < 0,001$) com a constatação de uma correlação positiva entre ambas ($p\text{-valor} < 0,001$; $\rho = 0,306$), inferindo as condições agravam no mesmo sentido. **Conclusão:** constatou-se uma expressiva ocorrência de ansiedade, com maior intensidade em mulheres idosas e gravidade inter-relacionada ao comprometimento do padrão de capacidade funcional. Sugere-se a incorporação de práticas especializadas no campo da enfermagem gerontogeriatrica, fomentando ações preventivas da ansiedade e incapacidades.

Descritores: Envelhecimento. Idosos. Transtornos de ansiedade. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.

ANXIETY AND FUNCTIONAL (IN)CAPACITY IN THE ELDERLY: INTERRELATIONSHIPS AND PERSPECTIVES

Patrício de Almeida Costa
Matheus Figueiredo Nogueira

ABSTRACT

Objectives: to estimate the occurrence of anxiety in the elderly, based on the Geriatric Anxiety Inventory (GAI); to compare sociodemographic data with the GAI score; and to investigate the association between the pattern of functional disability and geriatric anxiety. **Method:** cross-sectional and analytical study carried out in Cuité, Paraíba, Brazil with 233 randomly selected elderly people linked to the Family Health Strategy. Data were collected using the instruments World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 and the Geriatric Anxiety Inventory (GAI), whose analysis was supported by descriptive and bivariate statistics, considering significance when p -value < 0.05 . **Results:** 48.1% of the elderly had some level of self-reported anxiety (mild/moderate or severe), with a significant difference for the group of women when comparing the variable gender (p -value = 0.002). It was identified between that severe anxiety and pattern of severe disability are associated (p -value $< 0,001$) with the finding of a positive correlation between both (p -value < 0.001 ; $\rho = 0.306$), inferring that the conditions worsen in the same direction. **Conclusion:** there was an expressive occurrence of anxiety, with greater intensity in elderly women and severity interrelated with the impairment of the standard of functional capacity. We suggest the incorporation of specialized practices in the field of gerontogeriatric nursing, promoting preventive actions against anxiety and disabilities.

Descriptors: Aging. Aged. Anxiety Disorders. International Classification of Functioning, Disability and Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação do escore total do GAI segundo a caracterização sociodemográfica dos idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=233)	17
Tabela 2 - Classificação do padrão de ansiedade segundo o GAI em idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=233)	18
Tabela 3 - Associação entre as categorias dos padrões de ansiedade e incapacidade de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB, 2021 (n=233)	19

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
MÉTODO	16
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÕES	27
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	30
ANEXOS	36

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é considerado um processo dinâmico, gradativo e contínuo, definido pela associação entre as alterações fisiológicas, bioquímicas, comportamentais e psicoemocionais, que determinam o declínio progressivo dos sistemas ao longo do tempo. Na velhice comumente evidencia-se o aparecimento de sintomas e o adoecimento que levam os idosos a experimentarem quadros acentuados de dependência e fragilidade, tornando-os mais vulneráveis a determinados agravos, tanto em sua saúde física quanto psicológica (BALSAMO et al., 2018).

Estudos demonstram que uma das condições de maior fragilização e comprometimento clínico dos longevos são os transtornos psicoemocionais ou psicossomáticos, caracterizados por quadros de evolução crônica e etiologia multifatorial, cuja ocorrência não pode ser atribuída a uma única característica ou evento (RUSCIO et al., 2017; DATE et al., 2021). Atesta-se ainda, que apesar do seu impacto, os transtornos psicoemocionais são condições eventualmente subdiagnosticadas no estrato etário geriátrico, repercutindo de maneira significativa no processo de adoecimento, bem como no âmbito individual, familiar e social do idoso (BALSAMO et al., 2018).

No tocante aos transtornos psicoemocionais, a ansiedade geriátrica surge como um dos mais importantes agravos à saúde da terceira idade, com prevalência de até 42% para faixa etária, anunciando-se como uma das patologias do foro mental mais evidente na população idosa (BARRETO et al., 2019; ZHAO et al., 2020). Trata-se de uma resposta exacerbada e persistente sobre a antecipação de ameaça ou situação futura, além de perturbações comportamentais que diferenciam do estado emocional comum da ansiedade não-patológica. Seus sintomas são marcados principalmente por manifestações clínicas como insônia, distúrbios comportamentais, sensoriais, urinários e cardiovasculares, que quando não tratados, predisõem a maiores índices de morbimortalidade, gerando implicações negativas sobre a qualidade de vida da população idosa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BARRETO et al., 2019).

Embora a ansiedade ocorra em praticamente todas as fases da vida, seus quadros tendem a sofrer maior agravamento com a senilidade, sendo uma condição comumente debilitante em idosos em idade avançada (DONG et al., 2021). Ademais, autores evidenciam a ansiedade como uma das principais causas de afastamentos laborais e sociais dentre os transtornos psicoemocionais, podendo sua sintomatologia se caracterizar como um fator de risco

predisponente para o desenvolvimento de condições que acarretam em níveis de limitações comparáveis ou até mais severos do que quadros crônicos bem estabelecidos (FERNANDES et al., 2018).

Para Matos et al. (2018) e Figueiredo et al. (2021), o processo de envelhecimento naturalmente provoca a diminuição gradual da funcionalidade do indivíduo, reduzindo a capacidade de adaptação do idoso, o tornando menos propenso a executar funções cotidianas relacionadas ao autocuidado, aquisição de habilidades e convivência em sociedade. Os autores ainda ressaltam que quanto maiores as barreiras sociais e comorbidades existentes, maiores serão os graus de disfuncionalidade, incapacidade e comprometimento da autonomia e independência do idoso. Dessa forma, a funcionalidade é compreendida como uma relação dinâmica que abrange todas as estruturas do corpo, atividades desenvolvidas, condições de saúde, fatores ambientais e pessoais em torno do indivíduo, sendo a incapacidade a dificuldade ou restrição em desempenhar atividades cotidianas em algum domínio da vida dentro do intervalo considerado normal para um ser humano.

Logo, a manutenção do bem-estar psicoemocional e da capacidade funcional na velhice são uma preocupação central no campo do envelhecimento, uma vez suas implicações trazerem repercussões diretas para o contexto do idoso, família e comunidade. Além disso, seus agravamentos aumentam o risco de morte para faixa etária, gerando maiores índices de hospitalizações e onerosidades para o Sistema Público de Saúde. Por esta razão faz-se necessário levantar evidências científicas que respondam sobre a existência de relação entre o envelhecimento, a ansiedade e a capacidade funcional. Essa resposta poderá subsidiar a implementação de cuidados específicos à população idosa, sobretudo ao alinhar a existência de quadros indicativos de ansiedade com a (in)capacidade funcional.

Ademais, levantamento realizado nas principais bases de dados e bibliotecas virtuais nacionais (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Scientific Electronic Library Online; CINAHL), evidenciam estudos de base populacional com uma maior abordagem para outros transtornos mentais comuns na população idosa, diferentes da ansiedade, sinalizando a fragilidade das evidências no que diz respeito ao acometimento dos transtornos de ansiedade entre a população geriátrica e suas implicações no contexto de vida, especialmente em cidades de pequeno porte da região do Nordeste brasileiro (CORRÊA et al., 2020; SILVA et al., 2021). Esta lacuna gerou os seguintes questionamentos: Qual a frequência da ansiedade em idosos que vivem em uma cidade de pequeno porte no interior do estado da Paraíba? Existe relação entre o perfil sociodemográfico desses idosos com os diferentes níveis

de ansiedade? Existe associação entre os diferentes níveis de ansiedade e a condição de funcionalidade desses idosos?

Neste sentido, o presente estudo objetivou estimar a ocorrência da ansiedade em idosos, a partir do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI); comparar dados sociodemográficos com o escore do GAI; e investigar a associação entre o padrão de incapacidade funcional e ansiedade geriátrica.

MÉTODOS

Investigação epidemiológica transversal analítica realizada no município de Cuité, Paraíba, Brasil, seguindo as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Para a localização dos participantes foram considerados os seus cadastros de vinculação às cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS's) da zona urbana do município. A escolha do cenário justifica-se pela caracterização da Atenção Primária como o serviço público de primeira escolha para o atendimento e acompanhamento do público alvo no município.

Para definição do tamanho da amostra foi realizado o cálculo amostral por meio do programa de domínio público *OpenEpi*, versão 3.0, no qual considerou-se a população total de idosos da zona urbana do município ($N = 2.486$), segundo dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicados no ano de 2010; a prevalência estimada de quadros indicativos de ansiedade em idosos conhecida de $P = 21,2\%$ (0,212) resultante da média calculada a partir das prevalências estimadas para a ansiedade 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: possuir idade igual ou superior a 60 anos, residir na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde em que fazem acompanhamento e são cadastrados; 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). Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram alguma inaptidão na comunicação que

inviabilizasse a coleta de dados, ou aqueles que após duas tentativas não houve êxito no contato domiciliar. 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 Ansiedade Geriátrica (GAI)*: instrumento breve utilizado para avaliação de sintomas indicativos de ansiedade na população idosa elaborado por Pachana et al. (2007). O inventário é composto por 20 itens dicotômicos, tendo como opção de resposta as alternativas (1) concorda ou (2) discorda dentre as afirmações apresentadas. Conforme tradução e adaptação transcultural na versão brasileira, a avaliação dos resultados consiste no somatório dos 20 itens, adotando a seguinte categorização: 0-10 indica ausência de ansiedade; de 11-15, ansiedade leve/moderada; e de 16-20, ansiedade grave (MARTINY et al., 2011); 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 (Parecer nº 4.487.662). Participaram da coleta de dados o pesquisador responsável, o pesquisador participante e 03 (três) alunos vinculados ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos.

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 média como medida de tendência central. O processamento dos resultados do GAI 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 ansiedade) 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 de Qui-quadrado para a averiguar a associação entre variáveis categóricas, considerando os valores dos resíduos padronizados ajustados para identificar o sentido da associação; o teste de correlação de Spearman para avaliação das variáveis quantitativas (coeficiente de 0,9 a 1,0 – muito alta; 0,7 a 0,8 – alta; 0,5 a 0,6 – moderada; 0,3 a 0,4 – baixa; e 0,0 a 0,2 – insignificante); e os testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis para a comparação de grupos diante da variável desfecho (padrão de ansiedade) (MUKAKA M., 2012). 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 n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS) e pela Resolução n° 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

RESULTADOS

Participaram do estudo 223 idosos, com predominância do sexo feminino (60,5%), casados (54,1%), pardos (56,2%), católicos (70,4%), aposentados (89,7%), não alfabetizados (57,9%), com média de 72,6 anos de vida, renda mensal de 2 e 3 salários mínimos (51,1%) e coabitando somente com o cônjuge (28,3%). Quando comparado o resultado do escore total do GAI com os grupos das variáveis sociodemográficas, constatou-se significância estatística somente com a variável sexo (*p-valor* = 0,002), cuja média dos postos sinalizam que a ansiedade é mais evidente nas mulheres idosas (*mean ranks* = 128,11).

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

Variáveis	Escore Total do GAI		
	n (%)	Mean Ranks	Sig. p-valor
Sexo^A			
Masculino	92 (39,5)	99,98	0,002*
Feminino	141 (60,5)	128,11	
Cor/Raça^B			
Branca	70 (30,0)	107,79	0,233
Parda	131 (56,2)	122,77	
Amarela	02 (0,9)	31,25	
Preta	29 (12,4)	119,12	
Indígena	01 (0,4)	115,50	
Estado civil^B			
Solteiro	36 (15,5)	101,78	0,059
Casado	126 (54,1)	111,65	
Divorciado/desquitado	16 (6,9)	128,59	
Viúvo	55 (23,6)	135,84	
Religião^B			
Nenhuma	18 (2,6)	101,28	0,710
Católica	164 (70,4)	118,22	
Protestante/Evangélica	43 (18,5)	119,57	
Judaica	01 (0,4)	58,50	
Outra	06 (2,6)	102,75	
Alfabetização funcional^A			
Sim	98 (42,1)	119,10	0,684
Não	135 (57,9)	115,47	
Renda familiar^B			
Igual a 01 s.m.	112 (48,1)	116,85	0,932
Entre 02 e 03 s.m.	119 (51,1)	116,84	
Acima de 04 s.m.	02 (0,8)	134,75	
Arranjo familiar^B			
Cônjuge e filhos (as)	39 (16,7)	108,32	0,230
Somente com filhos (as)	23 (9,9)	129,04	
Arranjos trigeracionais	21 (9,0)	134,95	
Arranjos intrageracionais	11 (4,7)	141,09	
Somente com cônjuge	66 (28,3)	104,24	
Somente com netos (as)	05 (2,1)	174,90	
Sozinho (a)	50 (21,5)	114,96	
Cônjuge, filhos(as), genro/nora	10 (4,3)	120,10	
Outros arranjos	08 (3,4)	122,38	
Ocupação^B			
Aposentado (a)	209 (89,7)	117,12	0,399
Agricultor (a)	19 (8,2)	119,34	
Servidor (a) público (a)	03 (1,3)	143,50	
Outros	02 (0,9)	42,50	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

^A - Teste U de Mann-Whitney. ^B - Teste de Kruskal Wallis

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

No tocante ao nível de ansiedade autorreferida presente entre os idosos avaliados, conforme a estratificação do escore total obtido a partir do GAI, 48,1% dos idosos demonstram algum grau de ansiedade (18,9% leve/moderada e 29,2% grave).

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

Variáveis	Idosos	
	<i>f</i>	%
Ausência de ansiedade	121	51,9%
Ansiedade leve/moderada	44	18,9%
Ansiedade grave	68	29,2%
Total	233	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Ao associar a ocorrência de quadros indicativos de ansiedade com a classificação de funcionalidade, verificou-se uma associação estatisticamente significativa (p -valor < 0,001) entre a ansiedade e a incapacidade, em que o sentido da associação está entre o padrão de ansiedade grave com o padrão de incapacidade grave, conforme representado na Tabela 3. Esse achado também foi confirmado no cálculo da correlação entre os escores totais do GAI e do WHODAS, constatando uma correlação positiva ($\rho = 0,306$) e estatisticamente significativa (p -valor < 0,001), inferindo que a condição de incapacidade e o índice de ansiedade aumentam no mesmo sentido. Quanto maior a incapacidade do idoso, maior será o nível de ansiedade.

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

Padrão de incapacidade (WHODAS) ⁽⁺⁾	Padrão de Ansiedade (GAI)			Sig. p -valor ^C
	<i>Ausente</i>	<i>Leve/moderada</i>	<i>Grave</i>	
<i>Leve</i>	49	16	12	< 0,001*
<i>Moderada</i>	28	09	16	
<i>Grave</i>	27	14	39	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

^C - Teste de Qui-quadrado.

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

⁽⁺⁾ Foram excluídos os idosos com ausência de incapacidade funcional.

DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes do estudo mostrou-se semelhante aos dados identificados em outras pesquisas desenvolvidas em território nacional e internacional, em que se observou uma predominância de idosos jovens, pertencentes ao sexo feminino e autorreferidos pardos (SILVEIRA; PORTUGUEZ, 2017; GONZÁLEZ; VILLANUEVA; RÍOS, 2018).

A feminização do envelhecimento é uma realidade encontrada no Brasil e praticamente em todos os países do mundo (CAPELLOS, 2021). Acredita-se que o autocuidado e condições fisiológicas diferem-se entre os indivíduos do sexo feminino para o masculino, em que as mulheres estão menos expostas a fatores externos como ao tabagismo e etilismo, e possuem maior proteção cardiovascular resultante dos níveis hormonais presentes em seu organismo. Além disso, pessoas do sexo feminino tendem a procurar os serviços de saúde com maior frequência quando comparado aos homens, o que confere maior prevenção do adoecimento e consequentemente maior longevidade (MACHADO et al., 2020).

No que diz respeito à variável cor de pele autorreferida, constatou-se que a maioria dos idosos entrevistados se declararam pardos (56,2%), seguidos de brancos (30,0%) e pretos (12,4%). Apenas um idoso se autodeclarou indígena (0,4%). Para a região Nordeste, cenário demográfico da pesquisa, dados do levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam em sua composição uma predominância de 62,5% para a cor/raça parda, o que pode justificar os achados deste estudo frente às características apresentadas pelos idosos participantes (BRASIL, 2018).

Tais dados divergem do estudo realizado com longevos em São Paulo, Brasil, no qual a cor da pele/etnia branca foi representada por 63,4% dos participantes (SANTOS; CENDOROGLO; SANTOS, 2017). Essa divergência pode ser explicada pelo fato de haver um alto grau de miscigenação no Brasil, cuja variação étnica guarda relação com a área ou região onde é realizado o estudo (MACHADO et al., 2020).

Observa-se ainda que a grande maioria dos idosos é aposentada (89,7%), casada (54,1%) e coabita com o cônjuge e/ou outros familiares (78,5 %), corroborando estudos desenvolvidos em Porto Alegre e no Distrito Federal (MENTA et al., 2020; ABE et al., 2021). Alguns pesquisadores encontraram uma relação positiva entre possuir um companheiro e o bem-estar físico e psicológico dos idosos, sugerindo que essa convivência possa exercer um caráter benéfico a sua saúde mental, emocional e cognitiva (PAVARINI et al., 2020).

Além disso, idosos com renda familiar fixa, proveniente em sua maioria da aposentadoria, possivelmente não mais vivenciam a pressão associada ao trabalho e podem estruturar melhor uma vida social, desfrutando de atividades de lazer que antes da aposentadoria não tinham tempo para realizar. Isso leva a uma menor sobrecarga emocional, consequentemente menores níveis de distúrbios psicoemocionais como ansiedade ou depressão (MENTA et al., 2020). Não obstante, Abe et al. (2021) ressaltam que a baixa condição socioeconômica ocasionada pela aposentadoria pode não favorecer a realização de atividades de lazer ou atender outras necessidades básicas do indivíduo. Muitas vezes é insuficiente para a garantia das condições mínimas de autonomia e integração efetiva do idoso na sociedade, podendo, consequentemente, ser um desencadeador de episódios psicoemocionais na velhice.

Quanto à variável à religião, o catolicismo esteve presente em 70,4% dos idosos entrevistados. Ressalta-se que apenas 7,7% dos participantes declararam não seguir nenhuma doutrina religiosa. Estudos evidenciam que mesmo com o crescimento do ateísmo no Brasil, a sociedade ainda mantém sua fé baseada na religião, por questões históricas e culturalmente associadas ao período de colonização brasileiro. Destaca-se que o Brasil é considerado o maior país do mundo em número de católicos nominais, com 64,6% da população adepta a religião, o que pode justificar os achados do estudo (PONCIANO et al., 2020).

Ao se rastrear a intensidade/gravidade da ansiedade entre os idosos, observou-se que 51,9% não exibiram sintomas ansiosos. Todavia, ao considerar o somatório das estratificações referentes aos estados leves/moderados e graves evidenciou-se que pelos menos 48,1% dos idosos apresentavam algum nível de ansiedade. De acordo com Kenzeminia et al. (2020), a ansiedade se desenha como uma condição comprometedora para saúde do idoso ao diminuir sua qualidade de vida e ao potencializar seu adoecimento.

Múltiplas condições associadas ao processo de envelhecimento podem contribuir diretamente para o aparecimento da ansiedade e, portanto, gerar indícios e vieses para a sua avaliação na velhice. Destacam-se a perda ou a redução da autoestima, limitação da atividade diária, perda de amigos e parentes, diminuição da independência física, aumento das doenças crônicas e a ausência do apoio social (BALSAMO et al., 2018). Estudos apontam uma variação de até 52% na ocorrência de ansiedade para esta faixa etária, aumentando gradativamente conforme o avanço da idade (KEZEMINIA et al., 2020; MACHADO et al., 2020).

Embora sua alta prevalência seja amplamente difundida na literatura científica, é persistente a inviabilização do diagnóstico e rastreio da ansiedade na população idosa. Autores relatam que a detecção de transtornos de ansiedade em pessoas mais velhas é dificultada pelos seus aspectos patológicos facilmente confundíveis com condições naturais do envelhecimento

biopsicossocial, condição emocional comum, declínio cognitivo ou comorbidades decorrentes do processo de senilidade. Quando não se diferenciam os sintomas, se negligenciam integralmente a avaliação, a conclusão diagnóstica e o manejo terapêutico dessa condição (BALSAMO et al., 2018).

A autonegligência também é relatada na literatura científica e no cuidado em saúde. Estudo realizado com idosos em cinco clínicas gerais do Reino Unido evidenciou que aqueles com maiores níveis de gravidade de ansiedade normalizam seus sintomas como parte dos problemas de saúde e dificuldades funcionais associados à sua faixa etária. Esses idosos também se mostraram relutantes na busca pelos serviços de saúde, conseqüentemente dificultando seu diagnóstico e tratamento (FROST et al., 2019).

É fundamental considerar essas observações na perspectiva terapêutica, uma vez que a não identificação do quadro clínico da ansiedade afeta diretamente a proposição de uma assistência holística e adequada, potencializando o risco de distúrbios comportamentais e acelerando o declínio funcional dos idosos. Em paralelo à problemática, nota-se ainda uma limitação no acompanhamento e cuidado ao idoso diagnosticado com transtorno de ansiedade, em que o tratamento medicamentoso adotado quase sempre se destaca como opção prioritária. Substancialmente, existe uma menor probabilidade de os idosos serem encaminhados para acompanhamento psicológico ou para o desenvolvimento de outras terapias complementares (CREIGHTON et al., 2018; FROST et al., 2019).

Tais achados desvelam a fragilidade sobreposta na atenção à saúde do idoso no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), em que são incipientes as propostas de avaliação e de intervenção que consideram os processos psicológicos como parte da multidimensionalidade envolvida na assistência dessa população. A APS deve ser compreendida como a porta preferencial de entrada para o cuidado longitudinal do idoso com quadros clínicos de ansiedade, devendo ser responsável pela identificação dos seus sinais e sintomas, fatores de risco, vulnerabilidades, acompanhamento terapêutico, bem como a coordenação de ações nos demais níveis de atenção à saúde que contribuam para minimizar os danos e agravamentos conseqüentes da doença (PAULA et al., 2018; SOUZA et al., 2018).

Quando avaliado de forma isolada, 29,2% dos idosos demonstram a forma mais grave da ansiedade. Percentual superior ao encontrado no estudo conduzido em Maceió, Brasil, em que se obteve 16,28% (BARRETO et al., 2019). Convergente aos dados mencionados, autores relatam que os sintomas como inquietação, tensão muscular, concentração prejudicada e sono perturbado, comumente associados a forma clínica mais grave da ansiedade, aumentam consideravelmente os riscos de limitações no funcionamento físico, na participação social e nas

atividades da vida diária dos idosos, sendo considerados fatores de risco independentes para o desenvolvimento de quadros de incapacidades nessa faixa etária (DONG et al., 2021).

Evidências sugerem que idosos com a forma clínica mais grave da ansiedade estão sujeitos a vivenciarem outros transtornos psicoemocionais ao longo da vida, na maioria das vezes transtornos depressivos, de pânico ou bipolaridade (RUSCIO et al., 2017). A coexistência de múltiplas patologias se configura uma condição altamente debilitante e frequentemente associada à piora clínica, ao aumento do uso de medicações, gastos com assistência à saúde e ao comprometimento intenso da qualidade de vida do idoso (CREIGHTON et al., 2018).

Várias são as condições que podem implicar sobre a alta prevalência de quadros graves de ansiedade na população idosa, sendo estas relacionadas principalmente a fatores como o aumento na carga de doenças e internações, baixa atividade laboral, uso de substâncias como álcool ou tabaco, aumento dos conflitos interfamiliares, exposição a eventos negativos, diagnóstico tardio do quadro ansioso ou o acompanhamento terapêutico inadequado (DATE et al., 2021).

Ademais é oportuno considerar o cenário epidemiológico no qual os idosos foram avaliados, reflexo do estado pandêmico ocasionado pela COVID-19. Estudiosos revelam que a pandemia da COVID-19 e o distanciamento físico por ela provocado podem atuar como estressores potenciais para o surgimento e agravamento de quadros psicoemocionais nos idosos, em que fatores como a solidão decorrente do isolamento social, o medo de contrair a doença, o impedimento de se despedir daqueles que morrem, a tensão econômica e as incertezas sobre o futuro, contribuíram significativamente para um aumento de até 20% dos sintomas de ansiedade nessa população (BROOKS et al., 2020; TUNDO; BETRO; NECCI, 2021).

Ao comparar os índices de ansiedade (variável desfecho) com relação ao sexo, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p -valor = 0,002), com maior intensidade apresentada pelas mulheres ($mean\ ranks = 128,11$). Tal achado corrobora o estudo multicêntrico realizado na Alemanha, Itália, Inglaterra, Espanha e Israel, em que as mulheres mostraram níveis significativamente mais elevados de ansiedade, sendo três vezes mais propensas a desenvolver qualquer um dos transtornos de ansiedade (CANUTO et al., 2017).

Estudos constam, em geral, uma maior prevalência de queixas de saúde e de transtornos psicoemocionais presentes no sexo feminino (KIMBERLY et al., 2020). Essa diferenciação entre os gêneros pode ser justificada pelos fatores historicamente associadas ao sexo feminino, em que as mulheres ao longo da vida tiveram um reduzido acesso a escolaridade, menor possibilidade de trabalho formal, níveis mais baixos de renda, maior pressão social e sobrecarga

doméstica, condições que contribuem para uma menor proteção, segurança e bem-estar na velhice (CANUTO et al., 2017).

Além disso, autores alertam que os sintomas indicativos de ansiedade presentes nas mulheres idosas podem se caracterizar como uma manifestação associada a problemas subjacentes em sua vida, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, agressão sexual, violência doméstica ou outras experiências negativas, comumente relacionadas ao gênero e a faixa etária avançada (KIMBERLY et al., 2020).

Consoante aos dados apresentados, cabe assinalar que o processo de envelhecimento e o conjunto de alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos ao longo da vida culminam no crescente nível de dependência, comprometimento funcional e declínio das capacidades físicas, cognitivas e psicológicas dos idosos, podendo ainda, influenciar diretamente no desenvolvimento de transtornos mentais comuns, como o da ansiedade (EDLUND et al., 2018; GRASSI et al., 2020). Outrossim, autores inferem que a ansiedade atua como um impulsionador da fragilização e aumento da vulnerabilidade na população idosa, sendo considerada uma condição altamente determinante para o aumento do nível de incapacidade entre a faixa etária (ZHAO et al., 2020).

Nesse sentido, os resultados apresentados neste estudo ratificaram a relação entre o padrão de ansiedade autorreferida (variável desfecho) e o padrão de incapacidade (variável de exposição) identificada entre os idosos. Foi possível constatar a ocorrência de uma correlação positiva ($p=0,306$) e estatisticamente significativa ($p\text{-valor} < 0,001$), inferindo que a condição de incapacidade e o índice de ansiedade aumentam no mesmo sentido. Tais dados corroboram estudo populacional realizado em quatro províncias do Oeste da China, em que idosos com transtornos de ansiedade ou depressão possuíam uma maior prevalência para quadros de fragilidades, vulnerabilidade clínico-funcional ou processos de incapacidade (ZHAO et al., 2020).

A presença de prejuízos funcionais ou quadros de incapacidades são comumente referidos nos estudos sobre ansiedade geriátrica, sendo caracterizada como uma forma de manifestação ou consequência dos comprometimentos associados ao transtorno (KAZEMINIA et al., 2020). Autores ressaltam que mudanças experimentadas nos quadros de ansiedade contribuem para a diminuição da participação social, comprometimento da autonomia e intensificação das limitações no desenvolvimento das atividades de vida diárias, fatores que incapacitam os idosos a uma vida cotidiana (KIMBERLY et al., 2020). Além disso, seus sintomas podem interagir com outros quadros pré-existentes, intensificando os déficits

cognitivos e funcionais que já ocorrem devido ao processo de envelhecimento, tornando-os mais graves e incapacitantes com o tempo (DONG et al., 2020).

Outro fator de impacto sobre o nível de incapacidade em idosos com ansiedade é o aumento ou surgimento de comorbidades decorrente do transtorno (GRASSI et al., 2020). Para Lopes et al. (2021), idosos ansiosos possuem maior predisposição para ocorrência de distúrbios físicos, incluindo problemas de visão, quedas, hipertensão, problemas gastrointestinais, além de alterações cardiovasculares, fatores que podem contribuir sobre o aumento dos níveis de incapacidades e vulnerabilidades. Ademais, idosos com ansiedade tendem a possuir uma inadequação dos regimes terapêuticos e comprometimento do autocuidado, condições que fragilizam ainda mais a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos.

Quando avaliada a relação entre o nível de gravidade clínica e o comprometimento funcional, verificou-se uma associação estatisticamente significativa (p -valor < 0,001) entre o padrão de ansiedade grave com o padrão de incapacidade grave entre os idosos avaliados. Tais dados apresentam semelhança com os encontrados em estudo realizado com idosos residentes em comunidades urbanas e rurais de seis nacionalidades diferentes, em que o elevado grau de ansiedade estava associado a níveis substanciais mais altos de incapacidade funcional e cognitiva (GRASSI et al., 2020).

Para Santabárbara et al. (2020), a ansiedade grave pode ser considerada um precursor do declínio cognitivo e de quadros severos de incapacidade em adultos mais velhos. Tal fato justifica-se mediante as alterações neurobiológicas ocasionadas pelo transtorno, somadas ao uso prolongado de benzodiazepínicos em seu tratamento, o que pode tornar o indivíduo mais susceptível ao desenvolvimento de condições neurodegenerativas como Alzheimer ou demência vascular. Primícia essa confirmada em outros estudos de meta-análises realizados por Li et al. (2017), Beck et al. (2018) e He et al. (2019). Além disso, Santabárbara et al. (2020) ressaltam que os transtornos de ansiedade estão associados ao comportamento de evitação, que por sua vez pode resultar em um maior grau de isolamento social, e níveis substanciais mais baixos de atividade física, ambos fatores de risco para o desenvolvimento de quadros de incapacidade entre a faixa etária.

É importante pontuar que, embora autores afirmem haver interação complexa entre ansiedade e declínio clínico-funcional dos idosos, sua relação de causa e efeito ainda não é bem definida. Desse modo, tanto as alterações emocionais quanto a ansiedade patológica podem ser consequências de doenças físicas, como a própria ansiedade crônica pode contribuir para a deterioração da saúde e aumento da morbimortalidade, resultando no aumento do grau de incapacidade pelos idosos (WELZEL et al., 2019).

Ressalta-se que o presente estudo deve ser interpretado levando em consideração algumas limitações relacionadas ao delineamento transversal adotado no percurso metodológico, que além de não permitir que se estabeleça a associação causa e efeito entre as variáveis, está propício ao viés de causalidade reversa entre os elementos de desfecho e exposição. Outro ponto a ser destacado é o limitado conjunto de produções nacionais sobre a temática. Talvez, por se tratar de um transtorno subdiagnosticado, esses dados apareçam diminutivos na literatura nacional, dificultando uma comparação fidedigna com os resultados apresentados, considerando a amplitude dos aspectos culturais, sociais e demográficos do país.

Ainda assim, mesmo com a existência de limitações, reforçamos a relevância da temática visto a pouca abordagem na literatura nacional. Consideramos ainda que resultados apresentados podem contribuir para criação de políticas públicas e qualificação da assistência multiprofissional prestada a população idosa, subsidiando o rastreamento, identificação, diagnóstico e adequação das condutas terapêuticas para quadros iniciais de ansiedade geriátrica.

CONCLUSÕES

Foram identificadas importantes evidências diante da relação entre o perfil sociodemográfico, os níveis de ansiedade geriátrica e os diferentes graus de incapacidade funcional dos idosos. Foi constatada a ocorrência total de 48,1% para os diferentes níveis de ansiedade geriátrica, com maior intensidade nas mulheres idosas. Na associação e correlação entre os resultados do WHODAS e GAI, observou-se que há associação entre o padrão de ansiedade grave com o padrão de incapacidade grave e que a condição de incapacidade e o índice de ansiedade aumentam no mesmo sentido.

Os achados mencionados apontam a necessidade de planejamento e implementação de intervenções especializadas no campo da gerontogeriatría e a criação de políticas públicas que incorporem em suas práticas a avaliação periódica dos aspectos biopsicossociais que envolvam à saúde do idoso, uma vez que tanto a ansiedade como a incapacidade são condições facilmente prevenidas. As repercussões da ansiedade e da incapacidade poderão ser amenizadas a partir do rastreamento e detecção precoce, ao possibilitar um cuidado singularizado e eficiente, a diminuição de complicações e a promoção da qualidade de vida do idoso. Para tanto, faz-se necessário um maior quantitativo de ensaios que abordem a complexidade da relação entre ansiedade geriátrica e incapacidade clínico-funcional, a fim de maximizar a contribuição empírica dos estudos nesta área e auxiliar na fundamentação, integralidade e longitudinalidade dos cuidados à saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

- ABE, R.Y. et al. Prevalence of depressive and anxiety disorders in patients with glaucoma: a cross-sectional study. **Arq. Bras. Oftalmol.** São Paulo, v.84, n.1, p.31-36, jan-fev 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/abo/a/Ncd5sm5XnCJ7vB99DNVfdZj/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014. p.189
- BALSAMO, M et al. Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. **Clin Interv Aging.** Inglaterra, v.13, n.1, p.573–593, mar., 2018. Disponível em:<<https://www.dovepress.com/assessment-of-anxiety-in-older-adults-a-review-of-self-report-measures-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>>. Acesso em: 01 set. 2021.
- BARRETO, M.A.M. et al. Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças.** Portugal, v.20, n.1, p.209-219, 2019. Disponível em:<https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/629>. Acesso em: 06. set. 2021.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos domicílios e dos moradores : 2018. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, p. 1–8, 2019. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101654>>. Acesso em 24 ago. 2021
- BROOKS, K.S. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet.** Reino Unido, v.395, n.1, p.912-920, mar., 2020 Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)>. Acesso em: 09. set. 2021.
- CANUTO, A. et al. anxiety disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. **The American Journal of Geriatric Psychiatry.** v.26, n.2, p.174-185, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.jagp.2017.08.015>>. Acesso em: 10. set. 2021.
- CAPELLOS, V.M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v.61, n.2, p.1-7, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFnzHKyBhqGPc4j/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- CORRÊA, M.L. et al. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 25, n.6, p.2083-92, 2020. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n6/2083-2092/pt>>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- CREIGHTON, A.S. et al. The Factors Associated With Anxiety Symptom Severity in Older Adults Living in Nursing Homes and Other Residential Aged Care Facilities. **J Aging Health.** Texas, v.31, n.7, p.1235-1258, ago., 2019. Disponível em:<<https://doi.org/10.1177/0898264318767781>>. Acesso em: 01 set. 2021.

DATE, C. et al. Anxiety in Late-Life Depression: Determinants of the Course of Anxiety and Complete Remission. *Am J Geriatr Psiquiatria*. Reino Unido, v.29, n.4, p.336-347, abr., 2021. Disponível em: < [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064-7481\(20\)30592-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064-7481(20)30592-3)>. Acesso em: 01 set. 2021.

DONG, L. et al. The association of comorbid depression and anxiety symptoms with disability onset in older adults. *Psychosom Med*. Washington, v.82, n.2, p.158–164, fev., 2021. Disponível em: < https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2020/02000/The_Association_of_Comorbid_Depression_and_Anxiety.5.aspx>. Acesso em: 07. set. 2021.

FIGUEIREDO, A.E.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, v.26, n.1, p.77-88, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2021.

FROST, R. et al. Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging & Mental Health*. Reino Unido, v.24, n.12, p.1977-1984, out., 2019. Disponível em: < <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2019.1647132/>>. Acesso em: 01 set. 2021.

GONZÁLEZ L.M.; VILLANUEVA G.O.; RIOS E.V. Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. México, v.26, n.2, p.99-104, 2018. Disponível em: < http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/396/831>. Acesso em: 09 set. 2021.

KAZEMINIA, M. et al. The effect of exercise on anxiety in the elderly worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. Reino Unido, v.18, n.363, p.1-8, nov., 2020. Disponível em: < <https://hqlo.biomedcentral.com.ez292.periodicos.capes.gov.br/track/pdf/10.1186/s12955-020-01609-4.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MACHADO B.D. et al. Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados. *Rev. Eletr. Enferm*. Goiânia, v.23, n1.p.1-7, mar.2021. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/63826/36437>. Acesso em: 11 set. 2021.

MATOS, F.S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, v.23, n.10, p.3393-3401, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/yRtyzM96TDLDCzchvxf49xb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 set. 2021.

MENTA, C. et al. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among elderly people in primary health care. *J. bras. psiquiatr*. Rio de Janeiro, v.69, n.2, p.126-130, abr-jun 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/QgBKdnLdznCWRW3WDkcghrH/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MUKAKA M. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J. Malawi*, v.24, n.3, p.69-71, set., 2012. Disponível em:<
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

PAULA, R. T. et al. A atuação do enfermeiro diante a depressão em idosos institucionalizados: subsídios de prevenção. **REAS**. Minas Gerais, v.1, n.1, p.1053-S1060, 2018. Disponível em: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS130.pdf>>. Acesso em: 06. set. 2021.

PAVARINI, S.C., et al. Social and health-related predictors of family function in older spousal caregivers: a cross-sectional study. **Dement Neuropsychol**. São Paulo, v.14, n.4, p. 372-378, dez., 2020. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/dn/a/vGGnD9VdSsRLmdDz5wG6Rgv/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

RUSCIO, A. M. et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of *DSM-5* Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. **JAMA Psychiatry**. Estados Unidos, v.74, n.5, p.465-475, mai., 2017. Disponível em:<<https://jamanetwork.com.ez292.periodicos.capes.gov.br/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2608757>>. Acesso em: 07. set. 2021.

SANTOS, K.A.S.; CENDOROGLO, M.S.; SANTOS, F.C. Transtorno de ansiedade em idosos com dor crônica: frequência e associações. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p.1-8, jan-fev, 2017. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/7b3m3hrjzf873gWJzjCkt4Q/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SILVA, W.L.F. et al. Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitária. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 23, n.5, p.1-12, 2020. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/zppmS36dmR9ckP66XGTJXVh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2022

SILVEIRA, M.M.; PORTUGUEZ M.W. Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, v. 34, n. 2, pp. 261-268, 2017. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/nBGdkggWGWxjfbKTzSW66n/?lang=en#>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SOUZA, G.N.P. et al. Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e / ou diabetes mellitus. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, n.20, p.43-50, dez., 2018. Disponível em:<
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000300006&lng=pt.>. Acesso em: 07 set. 2021

TUNDO, A.; BETRO, S.; NECCI, B. What Is the Impact of COVID-19 Pandemic on Patients with Pre-Existing Mood or Anxiety Disorder? An Observational Prospective Study. **Medicina (Kaunas)**. Kaunas, v.57, n.4, p.304. mar., 2021. Disponível em:<
<https://www.mdpi.com/1648-9144/57/4/304>>. Acesso em: 10. set. 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.

Patrício de Almeida Costa
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
Secretária de Saúde



Adriana Selis de Sousa
Secretária Municipal de Saúde- Cuité

ANEXOS

ANEXO A

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA (GAI):

Instruções: Por favor, responda aos itens de acordo com como o (a) senhor (a) tem se sentido na última semana. Marque o círculo CONCORDO se você concorda em maior grau que esse item descreve você; marque o círculo DISCORDO se você discorda em maior grau que esse item descreve você.

		CONCORDO	DISCORDO
01	Eu me preocupo em grande parte do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Eu acho difícil tomar uma decisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Sinto-me agitado com frequência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Eu acho difícil relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa das minhas preocupações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Pequenas coisas me aborrecem muito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Eu frequentemente sinto como se tivesse um “frio na barriga”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Eu penso que sou preocupado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Frequentemente me sinto nervoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Eu me vejo como uma pessoa nervosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Eu sempre espero que o pior irá acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Frequentemente me sinto tremendo por dentro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Minhas preocupações frequentemente me oprimem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Às vezes eu sinto como se tivesse um grande nó no estômago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Eu perco coisas por me preocupar demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Frequentemente me sinto chateado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Página 5 de 5 (versão de 12 itens, administrada por entrevistador)

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