



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DAUTRO ROBERTO DINIZ DOS SANTOS

**DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR
FAMILIAR**

Cajazeiras - Paraíba
2016

DAUTRO ROBERTO DINIZ DOS SANTOS

**DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR
FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como requisito parcial obrigatório à obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Allan Pablo Lameira

Cajazeiras - Paraíba

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S237d Santos, Dauto Roberto Diniz dos.
Depressão na terceira idade na perspectiva do curador familiar / Dauto Roberto Diniz dos Santos. - Cajazeiras, 2016.
42f.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Allan Pablo Lameira.
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2016.

1. Depressão - idoso. 2. Cuidador - idoso. 3. Depressão geriátrica. I. Lameira, Allan Pablo. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.89-008.454-053.9

DAUTRO ROBERTO DINIZ DOS SANTOS

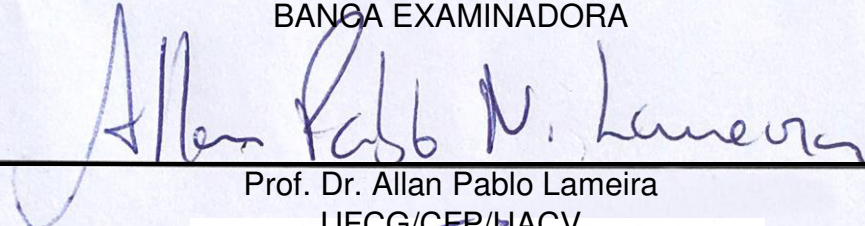
DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR FAMILIAR.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como requisito parcial obrigatório à obtenção de título de Bacharel em Medicina.

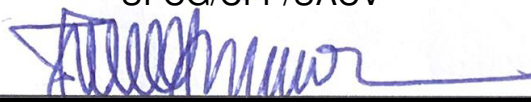
Orientador: Prof. Dr. Allan Pablo Lameira

Aprovado em 01 de Agosto de 2016

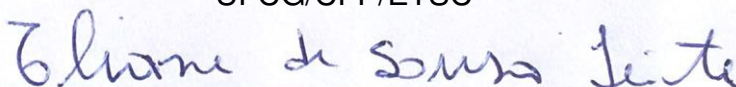
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Allan Pablo Lameira
UFCG/CFP/UACV



Prof. Dr. José Ferreira Lima Júnior
UFCG/CFP/ETSC



Prof. Dr^a. Eliane de Sousa Leite
UFCG/CFP/UAENF

Cajazeiras - Paraíba

2016

Dedico este trabalho à minha amada mãe Maria de Lourdes Oliveira Santos, pela coragem e perseverança para vencer as adversidades da vida e por muito ter me incentivado a não desistir dos meus sonhos, ao meu pai Jânio Roberto Diniz dos Santos, pelo apoio oferecido, possibilitando maior tranquilidade para percorrer este caminho que percorri até aqui, aos meus irmãos Soraya Diniz dos Santos e José Matheus Diniz dos Santos, pelo companheirismo e carinho que sempre estiveram presentes. Dedico ainda a minha companheira Pollyanna Sybelly Souza, pela paciência e ternura em todos os momentos. A minha filha Lívia, que está a caminho e aguardo ansiosamente sua chegada. E a todos aqueles, que de alguma forma, estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que me incentivaram todos os anos que estive na faculdade.

Aos meus irmãos, que me apoiaram e indiretamente contribuíram para que esse trabalho se realizasse.

A todos meus professores, desde o nível fundamental ao nível superior, sem o empenho de vocês não chegaria a nenhum lugar.

Ao Professor Doutor Allan Pablo Lameira, pela disposição e paciência em orientar o presente trabalho.

A todos os funcionários da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras-PB.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte desta etapa de minha vida.

“A vida espiritual dos homens, os seus impulsos profundos, o seu estímulo à ação são as coisas mais difíceis de prever, mas é justamente delas que depende a morte ou a salvação da humanidade.”

(Andrei Sakarov)

DINIZ SANTOS, D.R. **Depressão Na Terceira Idade Na Perspectiva Do Cuidador Familiar.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – 2016

RESUMO

A pesquisa visa avaliar a percepção do cuidador sobre o estado emocional do idoso utilizando, como ferramenta de avaliação, escalas validadas de depressão geriátricas modificadas. Foram utilizadas a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Zung (EDAZ) e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDY). Comparada então a percepção do cuidador com os resultados das escalas de depressão geriátricas validadas. O presente estudo é uma pesquisa descritiva, transversal e de caráter quantitativo, onde teve a participação 20 pares de idoso-cuidador. A pesquisa foi realizada no domicílio do idoso e/ou cuidador. Os resultados mostraram que houve uma correlação positiva e significativa entre a variável percepção do cuidador pela EDAZ adaptada e o nível emocional do idoso de acordo com a EDAZ (ρ Spearman = 0.64; $p > 0,01$). Houve também uma correlação positiva mas não significativa entre a variável percepção do acompanhante e/ou cuidador e nível emocional de acordo com EDY (ρ Spearman = 0,15; $p > 0,74$). Esse padrão indica que não existiu correlação entre as escalas adaptadas e originais de EDY, portanto interpretação não sustentável do ponto de vista estatístico. Os cuidadores de idosos avaliados pela escala EDAZ adaptada possuíram um maior percepção do estado emocional do idoso.

Palavras-chave: Idoso. Cuidador familiar. Depressão.

DINIZ SANTOS, D.R. **Elderly Depression in Caregiver Perspective.** Work Completion of course (Medical Degree) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – 2016

ABSTRACT

The research aims to evaluate the elderly caregiver's perception about the emotional status of the elderly using, as an evaluation tool, validated geriatric depression scales modified. Were used the Short Geriatric Depression Scale of Zung (EDAZ) and the Geriatric Depression Scale Yesavage (EDY). So caregiver's perceptions were compared with the results of validated geriatric depression scale. This study is an descriptive, transversal and quantitative character research, which was attended by 20 pairs of elderly-caregiver. The test was performed at elderly and / or elderly caregiver home. The results show that there was a positive and significant correlation between the variable of caregiver's perception by adapted EDAZ and emotional level according to EDAZ (ρ Spearman = 0.64; $p > 0.01$). There was also a positive but no significant correlation between the variable of caregiver's perception and emotional level in agreement with EDY ($\rho = 0,15$ Spearman; $p > 0.74$). This standard guides that there wasn't correlation between the adapted and original EDY, therefore unsustainable interpretation of statistical standpoint. The elderly caregiver rated by adapted scale EDAZ have more perception the emotional status of the elderly.

Keywords: Elderly. Family caregiver. Depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico de dispersão da correlação ente EDZ e PAZ -----27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFP	Centro de Formação de Professores
EDAZ	Escala de Depressão Abreviada de Zung
EDY	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage
EEZ	Estado Emocional do idoso para Zung
EEY	Estado Emocional do idoso para Yesavage
ETSC	Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAY	Percepção do acompanhante e/ou cuidador por Yesavage
PAZ	Percepção do acompanhante e/ou cuidador por Zung
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UACV	Unidade Acadêmica de Ciências da Vida
UAENF	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.1 Objetivos Específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Depressão no idoso	15
3.2 Acompanhantes/cuidadores	17
3.3 Dificuldades do Cuidado Familiar ao Idoso	18
3.4 Desafios do Cuidado ao Idoso	20
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
4.1 Tipo de Estudo	22
4.2 Princípios Éticos	22
4.3 Participantes	22
4.4 Instrumentos de Pesquisa	23
4.5 Procedimento Experimental	24
4.6 Análise dos dados	24
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural humano caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma única cada indivíduo. Nesta fase da vida, dentre todas as mudanças, a saúde se destaca como um dos aspectos mais afetados (ZIMERMAN, 2000). A Organização Mundial de Saúde – OMS definiu como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos. Segundo o último censo do IBGE (2010), no Brasil, o número da população idosa, cresceu muito comparado com o censo anterior, chegando ao número de mais de 14 milhões de idosos de ambos os sexos. Número que refere mudança no padrão de desenvolvimento do país, bem como na qualidade de vida dessa população, refletindo assim mudança do padrão da pirâmide etária (ARGIMON; STEIN, 2005).

Levando-se em consideração que a expectativa de vida é cada vez mais alta, vários estudos são desenvolvidos para melhorar a qualidade de vida na terceira idade (SANTOS et al., 2002). O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo diversos aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VELARDE; AVILA, 2002). O conceito de qualidade de vida, portanto, é um conceito subjetivo e dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (BOWLING et al., 2003).

O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão. No entanto, embora o envelhecimento normal possa apresentar uma lentificação dos processos mentais, isto não representa perda de funções cognitivas (STELLA et al., 2002). Na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% (KAPLAN et al., 1997); em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14%

(EDWARDS, 2003) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 35% (ALEXOPOULOS, 2005).

A depressão frequentemente acomete o idoso incidindo diretamente na sua qualidade de vida, sendo considerada fator de risco para processos demenciais. No idoso, a depressão é caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais. As causas principais de depressão no idoso são fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros (STELLA et al., 2002).

Nesse contexto, o cuidador e/ou acompanhante é de fundamental importância na vida de um idoso. Gordilho e colaboradores (2000) descrevem o cuidador ou acompanhante como a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano.

Na maioria das vezes esse acompanhante e/ou cuidador de idoso é parte integral da família como cônjuges ou filhos (CECAGNO et al., 2004). O grande problema é que geralmente, devido a baixa escolaridade, a falta de experiência, a idade avançada ou mesmo a falta de empatia por partes dos cuidadores, não é oferecido um suporte adequado para assistência ao idoso dependente (GARRIDO; MENEZES, 2004).

O presente trabalho de pesquisa visa compreender como o estado emocional do idoso é percebido pelo acompanhante e/ou cuidador. Para este fim, avaliamos a opinião do acompanhante e/ou cuidador sobre o estado emocional do idoso aplicando escalas geriátricas de depressão validadas com perguntas modificadas para a perspectiva de terceira pessoa. Comparamos então o resultado dessas escalas modificadas com os resultados das escalas originais. As escalas originais validadas que tiveram suas perguntas modificadas para a perspectiva de terceira pessoa são a Escala de Depressão Abreviada de Zung (EDAZ) e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDGY).

Essa pesquisa apresenta relevância acadêmica, científica e social. Existe uma carência significativa na literatura sobre a abordagem quantificada da capacidade do acompanhante e/ou cuidador de entender o processo de

envelhecimento e suas limitações, principalmente no tocante ao estado emocional do idoso. Além disso, poderemos oferecer com este estudo avanços no cuidado com o idoso dependente, tendo em vista que o estado emocional pode interferir diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa.

2 OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

- Avaliar a capacidade perceptiva do acompanhante e/ou cuidador sobre o estado emocional do idoso utilizando, como ferramenta de avaliação, escalas validadas de depressão geriátricas modificadas.

2.2. Objetivos específicos

- Verificar a eficiência de mensuração das escalas modificadas.
- Correlacionar a eficiência das escalas modificadas com as originais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Depressão no idoso

A depressão é considerada hoje em dia um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Contudo, é nas idades avançadas que ela atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que assume formas incomuns, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar (DRAGO; MARTINS, 2012).

Os sintomas clássicos da depressão afetam três domínios: (1) Afeto: choro, tristeza, apatia; (2) Cognição: desesperança, culpa, sentimentos de inutilidade e menos valia, ideias de morte e (3) Somáticos: falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal e diminuição da libido (PARADELA, 2011). Os sintomas depressivos no idoso podem apresentar-se de forma diferente em relação aos adultos jovens, embora não haja um padrão característico comum a todos os indivíduos. Nos idosos é mais comum apresentar perda de apetite e perda de interesse sexual e menos comum o sentimento de tristeza, medo ou de fracasso. Outros podem isolar-se ou mostrarem irritabilidade e não tanto tristeza ou humor deprimido, ou focarem-se mais em queixas somáticas do próprio organismo, como dores, alterações do sono, cansaço e fraqueza (ELLISON et al., 2012).

Segundo Paradela (2011), com o envelhecimento, ocorrem várias alterações que podem dificultar o diagnóstico da depressão em idosos como a presença de patologias crônicas dolorosas, a diminuição da libido, o retardo psicomotor, os sintomas subjetivos de perda da concentração e da memória e diversas alterações do sono. Desta forma, as manifestações somáticas acabam por funcionar como uma máscara para a depressão no idoso, sendo atribuídas a outras patologias, seus tratamentos ou ao normal processo de envelhecimento. (SHEEHAN et al., 2003)

As causas da depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (BRASIL, 2006). Enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco

para a depressão. Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas – do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade do trabalho – bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2004).

Segundo Thombs e colaboradores (2006), estima-se que em torno de 18% a 20% dos pacientes após o IAM possuam transtorno depressivo maior. Já Tanaka e Scheicher (2013) destacam que a depressão tem sido considerada a consequência neuropsiquiátrica mais comum após a ocorrência de um AVE, estimando-se que 1/3 desses pacientes desenvolvem um quadro depressivo. Deve-se registrar, ainda, que períodos prolongados de dor, comprometimento da nutrição, emagrecimento e demais sequelas típicas de doenças crônicas na terceira idade conduzem à diminuição da autonomia e perda de mobilidade física, contribuindo decisivamente para a instalação da depressão. Pacientes nestas condições tendem a evoluir com sintomas psicóticos caracterizados por delírios de nulidade e de que seu corpo está morrendo. O medo da progressão da doença física, da perda da dignidade e o medo de se transformar em sobrecarga aos familiares também são fenômenos psicológicos que acompanham o comprometimento da condição física (FORLENZA, 2000).

A grande maioria dos estudos aponta que a depressão, em particular a de início tardio, seja um fator de risco para o desenvolvimento de demência, em particular de demência vascular e de Alzheimer. Os mecanismos pelo qual é um fator de risco continuam por esclarecer, mas esta informação poderá já ser usada pelo clínico para ter em conta essa possibilidade no idoso deprimido. Também é importante não desprezar a possibilidade do surgimento da depressão no doente demente, e os seus efeitos na sua qualidade de vida (RAMOS, 2014). Em diversos países, o maior grupo de risco para suicídio é o de pessoas acima dos 65 anos e esse risco aumenta com a idade. Estudos apontam que a maior parte de idosos que morreram por suicídio tinha algum transtorno mental, sendo que de 71% a 90% deles sofriam algum grau de depressão (CAVALCANTE et al., 2013).

No Brasil, as taxas de suicídio são baixas se comparadas aos demais países. No ano de 2006, encontramos uma média de 5.7/100.000 para a população em geral e de 8.0/100.000 para a população idosa, o que revela que os mais velhos configuram a faixa de maior risco para o autoaniquilamento. Observamos que esse aumento no Brasil se deve principalmente ao suicídio de homens (MINAYO et al., 2010).

A prevalência de idosos com depressão varia de 4,7% a 36,8% no Brasil (ALVARENGA et al., 2010). O indivíduo idoso é diagnosticado com depressão quando estão presentes os sintomas desse transtorno por no mínimo duas semanas e causam prejuízo significativo na vida social e ocupacional do mesmo. Nesse contexto, a depressão torna-se comum no processo de envelhecimento e apresenta forte impacto entre os idosos e seus cuidadores. O tratamento da depressão é realizado, principalmente, por meio de medicamentos antidepressivos, os quais devem estar associados ao apoio familiar e psicoterapia, que auxiliam na reestruturação psicológica do indivíduo, aumentam seu nível de conhecimento sobre a mesma e facilitam o autocuidado em relação ao seu tratamento e sua recuperação (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Com muita frequência encontram-se idosos a quem o diagnóstico de depressão não foi devidamente efetuado, tendo sido “rotulados” de senis ou com uma personalidade de contato difícil. Após a realização de um diagnóstico correto e a instituição de terapêutica adequada, o idoso recupera a alegria de viver, ganha autonomia nas suas atividades de vida diária e a família redescobre uma pessoa que parecia ter desistido de viver, sem satisfação com a vida (DRAGO; MARTINS, 2012).

3.2 Acompanhantes/cuidadores

Os cuidadores podem ser categorizados como formal e informal. O cuidador formal é um profissional que fornece um serviço pago. Um cuidador informal é um membro da família ou comunidade que fornece voluntariamente qualquer tipo de cuidado de pessoas dependentes de acordo com as suas necessidades. Eles também podem ser considerados os principais cuidadores quando assumem por completo ou por maior parte as responsabilidades de cuidar e conduzir a maioria das atividades (GUIMARÃES et al., 2011)

Nos países desenvolvidos, tem-se observado uma tendência para a redução dos investimentos nos setores de saúde e de benefícios e para uma ampliação das responsabilidades familiares pelo sustento e assistência a esses idosos. No Brasil, ainda é muito restrita a oferta de serviços e intervenções, bem como programas de saúde pública. O Estado assume responsabilidades reduzidas, atribuindo à família do idoso dependente a responsabilidade maior, sem serviços de apoio (ELIOPOULOS, 2005). Apesar da importância do cuidador familiar na saúde pública brasileira, a maioria deste contingente não dispõe de informações e mínimo suporte necessários à assistência, o que se constitui em fator de risco para a manutenção de sua qualidade de vida (INOUE et al., 2008).

3.3 Dificuldades do Cuidado Familiar ao Idoso

As mudanças advindas da terceira idade levam os idosos, em muitos casos, a necessitar de alguém para auxiliá-los em atividades que antes pareciam de simples execução. Dessa necessidade surge a figura de cuidador de idosos, que em muitos casos passa-nos sob um olhar desatento e sem a devida capacitação, resultando em desgaste tanto para o ser cuidado quanto para o cuidador (GARBIN et al, 2010). A experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida (FERNANDES; GARCIA, 2009)

Diversos fatores relacionados tanto ao idoso quanto ao seu cuidador tornam difícil esse entendimento, como o fato de que na maioria dos casos o cuidador ser um cônjuge, e por isso apresenta idade avançada, doenças crônicas e algumas vezes baixa escolaridade, tornando difícil assim a garantia de uma boa qualidade de saúde para ambos (SANTOS; PAVARINI, 2010). Segundo Santos e Borges (2015), o baixo nível de escolaridade do acompanhante é um fator que pode interferir na atenção e cuidados aos idosos, podendo influenciar negativamente no cuidado do idoso. Assim o cuidador pode desenvolver vários problemas como, por exemplo, no fornecimento adequado de alimentos ao idoso e a correta administração de medicamentos nos horários e quantidades prescritos. Fazendo com que os

profissionais da área da saúde dediquem mais atenção ao idoso e também ao cuidador para que assim possa ser prestado o melhor acompanhamento possível.

As dificuldades das famílias para cuidar se relacionam aos obstáculos enfrentados pelos familiares durante o cuidado do idoso e ao enfrentamento de repercussões do adoecimento mediante incapacidades e/ou dependência total ou parcial para suas necessidades básicas no domicílio. Essa situação é agravada pela falta de orientações e informações que geram ansiedade no cuidador. O cuidador não recebe preparo para o cuidado, adquirindo habilidades e conhecimentos na prática diária (THOBER, 2005). A falta de capacitação, de conhecimento e de prática por parte do cuidador é mais um problema frequente entre os cuidadores, fazendo com que muitas vezes, eles não observem e percebam alterações decorrentes do processo de envelhecimento, que pode assim desenvolver um sentimento de insegurança no cuidador, sentimento de desorganização, até mesmo de irritação e falta de humanismo que prejudicam a assistência ao idoso. Conseqüentemente quem mais sofre com isso é o idoso que depende dos cuidados que não serão fornecidos adequadamente, prejudicando assim seu bem-estar (MARIN; ANGERAMI, 2002).

Muitas alterações características de envelhecimento patológico como mudanças do humor, alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e também alterações de memorização podem ser percebidas todos os dias no processo do cuidar do idoso. Assim é extremamente essencial que o cuidador do idoso tenha satisfação no que faz e habilidade nesse trabalho, para que possa desenvolver a sensibilidade de percepção de pequenas mudanças que ocorrem no dia-a-dia e assim saber alertar a necessidade que o idoso apresenta de cuidados específicos ou até indicar a necessidade de profissionais especializados. Entretanto quando o cuidador não tem afinidade ou habilidade no seu trabalho, as atividades se tornam exaustivas e estressantes, ficando assim o cuidador muito aquém da excelência (GARBIN et al., 2010). O conhecimento sobre a doença e incapacidade por parte do cuidador pode diminuir a tensão na prestação de cuidados e facilitar a prevenção secundária e reabilitação do idoso (MCLENNAN apud ISRAEL, 2011).

3.4 Desafios do Cuidado ao Idoso

Nos países emergentes o fenômeno do envelhecimento populacional impõe grandes desafios, pois ocorre de modo acelerado e não gradual, ao contrário do que houve nos países desenvolvidos (OMS/OPAS, 2005). No Brasil, residem atualmente 20.590.597 pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, Censo 2010). Esse fenômeno demonstra uma questão demográfica, que exige reflexão, planejamento e conhecimento do cuidado com o idoso, requerendo transformações nas ações de planejamento e prática de cuidado, para assim oportunizar qualidade de vida aos idosos (FLORES et al., 2010).

Com o avançar da idade surgem sensíveis alterações no estilo de vida da população idosa, por problemas de saúde ou mesmo pelo processo fisiológico do envelhecimento, que se configura como um processo múltiplo e desigual de comprometimento e decadência das funções que caracterizam o organismo vivo em razão do tempo de vida (CALDAS apud GARBIN, 2010). O cuidador é uma peça principal desse processo, geralmente um familiar, podendo ser ainda um profissional da saúde. Muitas vezes esse cuidador não tem conhecimento adequado sobre como ocorre essas mudanças ou sobre a saúde do idoso, podendo assim não perceber as alterações sutis que interferem na qualidade de vida dessa população (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

No Brasil, a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa busca qualificar a assistência prestada a essa população, estabelecendo como prioridade o acompanhamento longitudinal dos usuários, especialmente em condições de fragilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006)

Nesse contexto, as intervenções em saúde destinadas à população idosa devem focalizar a manutenção ou melhora da capacidade funcional, compreendida como a competência em manter habilidades para independência e autonomia nas atividades de vida diária (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1.395, de 9 de dezembro de 1999.). Os idosos encontram-se numa situação muito particular de vida, que não é apenas inerente à idade que têm, mas também a todos os acontecimentos que foram ocorrendo ao longo da sua existência. A capacidade que o idoso tem de se manter independente é condicionada por uma série de fatores: a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, o contexto sócio-económico e cultural, ou ainda o fato de ter nascido numa sociedade mais ou

menos desenvolvida e numa família com maior ou menor capacidade econômica (DRAGO; MARTINS, 2012).

Compreender e vivenciar o envelhecimento populacional, de forma positiva ou negativa, está relacionado ao olhar das outras gerações, isto é, à forma como as demais gerações interpretam e vivenciam o processo de envelhecer. Mas também está atrelado ao modo como os idosos se percebem e constroem o seu envelhecer (PEIXOTO, 2004). É importante que a comunidade e a sociedade onde se insere o idoso estejam preparadas para realizar modificações necessárias para promover o melhor bem-estar para ele, porque quanto mais isolada se encontrar a pessoa idosa e menos contatos sociais tiver, maior o risco de abusos ela corre (BARBOSA, 2015).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de Estudo

Nesta pesquisa, um objeto de estudo foi determinado, as variáveis que participam e/ou interferem no processo foram identificadas, a existência (ou não) de relações de dependência entre as variáveis foi verificada, e, em outra etapa, analisamos a sua aplicabilidade prática, ou seja, de que modo esta pesquisa pode ser utilizada para interferir na realidade. Sendo assim, de acordo com Gil (2008), o presente estudo é uma pesquisa descritiva, transversal e de caráter quantitativo.

4.2 Princípios Éticos

Todos os princípios éticos da Declaração de Helsinque foram seguidos na presente pesquisa. Foi preservada a confidencialidade das fontes de informações. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar do estudo. Portanto, foram respeitados todos os preceitos e orientações referentes à Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme dispositivos presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual atualizou as diretrizes e normas regulamentadoras deste tema no país. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (5575-UFCG), conforme procedimentos da Plataforma Brasil e aprovado sem restrições conforme Protocolo CAAE no 45144215.3.0000.5575.

4.3 Participantes

Participaram do estudo 20 pares de idoso-cuidador. Para os idosos, a idade mínima foi estabelecida em 60 anos. Para os cuidadores, um limite de idade não foi estabelecido, porém idosos acompanhados de seus conjugues também com idade avançada não participaram da pesquisa. Foram excluídos os idosos com doenças terminais, com demência grave, incapacidade de comunicação e aqueles que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os voluntários da

pesquisa foram recrutados em residência própria, do idoso ou do cuidador. O processo de amostragem foi o de conveniência.

4.4 Instrumentos de Pesquisa

Os instrumentos utilizados foram um questionário para coleta de dados sociodemográficos do idoso, as Escala de Yesavage e Zung modificadas, para avaliação do estado emocional do idoso na perspectiva do acompanhante e/ou cuidador e as Escalas de Yesavage e Zung originais.

O questionário para dados sociodemográficos caracterizou a população estudada através das seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, ocupação, e morbidades. Essas informações são fundamentais para a compreensão do estado geral do idoso e complementação dos outros instrumentos de avaliação (SANTOS et al., 2010).

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1982), versão ampliada, consiste em 30 itens com questões fechadas “sim ou não”. Sua pontuação total é de 30 e pontuações maiores ou igual a 11 são indicativas de transtorno afetivo. (REICHEL et al., 2001). Essa escala se mostrou amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. Na versão modificada, apenas introduzíamos a conotação de terceira pessoa nas perguntas.

O estado emocional dos idosos também foi avaliado pela Escala Abreviada de Zung. Surgiu nos Estados Unidos, desenvolvida por Zung (1965; 1972), que impulsionaram a melhora da qualidade dos diagnósticos, como também maior fidedignidade no acompanhamento clínico dos idosos com suspeita de depressão. A versão abreviada, validada por Díaz e colaboradores (2005), apresenta apenas 10 perguntas. Cada item da escala apresenta quatro alternativas que são pontuadas de 1 a 4 pontos, representando respectivamente, poucas vezes, algumas vezes, bastantes vezes, quase sempre. De um total de 40 pontos possíveis, consideram-se os escores abaixo de 22 = ausência de depressão, de 23 a 35 = depressão moderada; acima de 35 = depressão grave. Na versão modificada, apenas introduzíamos a conotação de terceira pessoa nas perguntas.

4.5 Procedimento Experimental

A realização do estudo se deu no domicílio do idoso e/ou cuidador. A pesquisa iniciou com a aplicação das escalas modificadas para a terceira pessoa nos cuidadores. Por exemplo, caso a pergunta original fosse: “você se sente feliz?” na perspectiva de terceira pessoa ficaria; “você acha que ele se sente feliz?”. Os pares idosos-cuidadores foram divididos em 2 grupos. Metade (10 pares) eram avaliados com a escala modificada e original de Zung e a outra metade era avaliada com a escala modificada e original de Yesavage. A escala era aplicada para o cuidador sem que o idoso estivesse presente.

O próximo passo foi aplicar os instrumentos de avaliação do estado emocional (Escala Abreviada de Zung e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage) no idoso. A sequência de aplicação desses instrumentos foi aleatória e o tempo de aplicação dependia, obviamente, do estado geral do entrevistado. Os instrumentos foram respondidos exclusivamente pelos idosos e sem a interferência do cuidador.

4.6 Análise dos Dados

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, obtivemos os dados quantitativos para a percepção do cuidador sobre o estado geral do idoso e também para o nível de depressão do idoso. Esses dados foram tabulados no software Microsoft Office Excel 2007 para ambiente Windows. A análise estatística foi realizada para verificar a intensidade de relação entre as seguintes variáveis: percepção do acompanhante e/ou cuidador na escala de Zung (PAZ); e estado emocional do idoso para Zung (EEZ); percepção do acompanhante e/ou cuidador na escala de Yesavage (PAY); e estado emocional para Yesavage (EEY).

Foi utilizado o software Statistica 13.0 da Statsoft para ambiente Windows. Realizamos uma medida de associação de variáveis, calculando o coeficiente de correlação de Spearman. Esse coeficiente, o ρ de Spearman, mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Usa-se, em vez do valor observado, apenas a ordem das observações. Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de “outliers” (valores atípicos), não exigindo, portanto, que os dados provenham de duas populações normais. O coeficiente ρ de

Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável e vice e versa para o sinal positivo. Foram consideradas significativas as associações com probabilidade menor que 5% ($p > 0.05$)

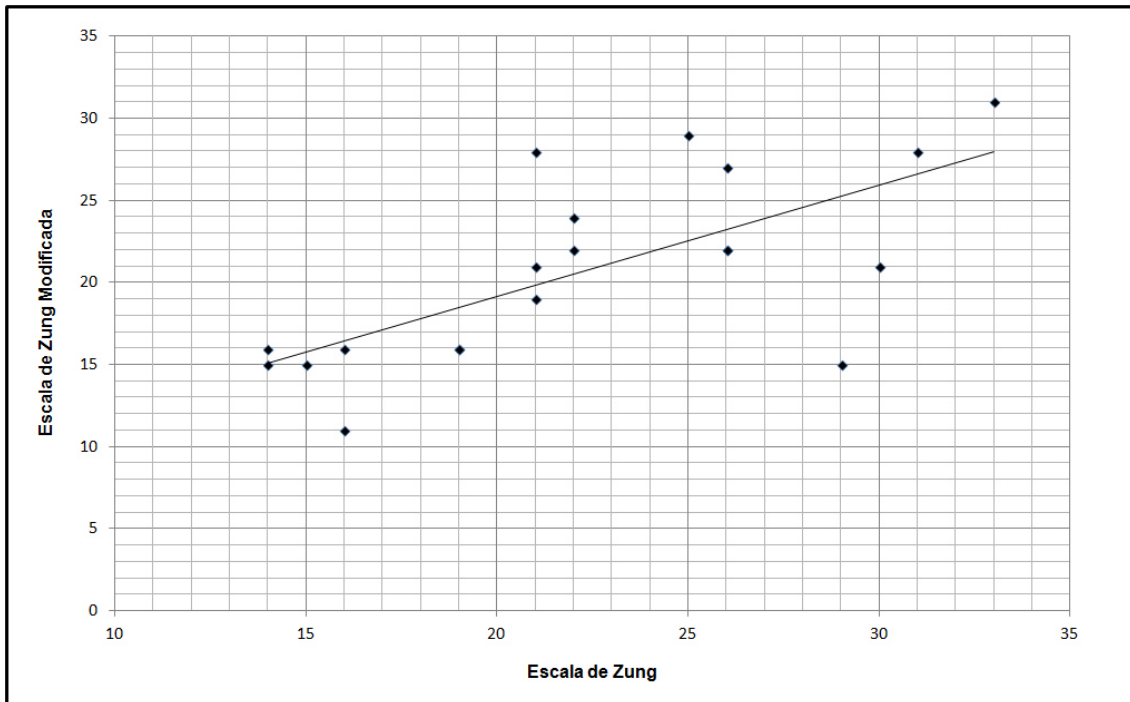
5 RESULTADOS

Os dados sociodemográficos informam que dos 20 idosos participantes da pesquisa 12 (60%) eram homens, com média de idade de 68,46 anos e 08 (40%) eram mulheres, com média de idade de 73,71 anos. Dentre todos os idosos (n=20), 17 (85%) apresentavam o primeiro grau incompleto, 03 (15%) apresentavam o primeiro grau completo, 01 (5%) apresentavam nível médio completo.

Quanto a comorbidades associadas, 12 (60%) idosos apresentavam doenças cardiovasculares, 05 (25%) eram portadores de Diabetes Mellitus, 03 (15%) eram portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, 01 (5%) possuía Artrite Reumatoide, e 01 (5%) apresentava hepatite crônica.

Os resultados mostram que houve correlação significativa entre todas as variáveis. Houve uma correlação positiva e significativa entre a variável percepção do cuidador pela escala de Zung e nível emocional de acordo com ZUNG (ρ Spearman = 0.64; $p > 0,01$). Essa correlação significa que quanto menor era a pontuação dada na escala de Zung modificada (PAZ), menor era a pontuação atribuída ao idoso pela escala original (EDAZ). Ou seja, a interpretação do estado emocional do idoso pelo acompanhante e/ou cuidador através da escala de Zung modificada era confirmada pela pontuação alcançada pelo idoso na escala original (figura 1).

Figura 1: Correlação entre a escala de Zung Modificada e a Original



Houve também uma correlação positiva e não significativa entre a variável percepção do acompanhante e/ou cuidador e nível emocional de acordo de acordo com Yesavage (ρ Spearman = 0,15; $p > 0,74$). Essa correlação positiva não significativa indica que não existiu correlação entre as escalas modificadas e originais de Yesavage, portanto com interpretação não sustentável do ponto de vista estatístico.

6 DISCUSSÃO

O estado emotivo de um indivíduo constitui-se em aspectos subjetivos e de alta complexidade. O entendimento atual, na literatura, as emoções não são mais compreendidas como uma reação isolada, mas como um processo que envolve múltiplas variáveis (MIGUEL, 2015). De tal maneira torna-se um desafio para terceiros decifrá-los a primeira impressão ou sob um olhar menos cuidadoso.

Escalas de depressão surgiram neste contexto como uma ferramenta para auxiliar a percepção externa sobre aquele ao qual se suspeita encontrar em referido estado emocional. Para isso, são levados em consideração elementos funcionais, comportamentais, somáticos e sociais. Resume-se a tentativa de criar objetividade para algo tão subjetivo (TIER, 2007).

No presente trabalho, buscamos avaliar a percepção do cuidador sobre o estado emocional do idoso. Após aplicação das escalas depressão geriátricas validadas nos idosos, adaptamo-las para o cuidador. O objetivo da pesquisa foi verificar a eficiência de mensuração das escalas e correlaciona-las.

Os resultados obtidos mostraram que apesar de validada para idosos, a EDY não obteve o mesmo sucesso quando adaptada para a percepção do acompanhante e/ou cuidador (PAY), visto que houve uma correlação não significativa, com o coeficiente de Spearman mais próximo do valor 0 (zero), indicando que não existiu equiparação entre as escalas modificadas e originais de Yesavage.

Contudo, houve uma correlação positiva e significativa entre a variável percepção do acompanhante e/ou cuidador pela escala de Zung e nível emocional de acordo com ZUNG com coeficiente de Spearman mais próximo do valor 1 (um). Este resultado permite-nos interpretar que a escala de Zung modificada para o cuidador obteve maior convergência.

Os resultados obtido na EDY e PAY proporciona-nos indagar se as respostas pré-determinadas relativamente limitadas (sim ou não) em relação a EDAZ e PAZ (poucas vezes, algumas vezes, bastantes vezes, quase sempre) foi determinante para a existência de não-correlação.

Especula-se que perguntas que geraram dúvidas aos cuidadores direcionaram-nos inconscientemente a respostas altruístas com finalidade de não prejudicar o estudo.

Ao se dizer sim ou não a um solicitante presta-se atenção a apenas uma parte das informações relevantes naquela situação. Exploram-se vários tipos de informações que usamos em nossas decisões de concordância. Eles são mais populares exatamente porque são mais confiáveis, aqueles que geralmente nos direcionam para uma escolha correta (CIALDINI, 2006, p. 269).

Observa-se que na PAY, para uma resposta afirmativa ou negativa é obtido um valor máximo em cada pergunta, algo que não é necessariamente observado na PAZ, uma vez que suas réplicas são graduais, assim como sua pontuação. Outra conjectura possível para a correlação positiva não-significativa entre as escalas de Yesavage é a uma percepção distorcida do cuidador perante o real estado emocional do idoso, considerando a validade desta escala para com o idoso.

A população idosa é hoje uma significativa parcela da população mundial e brasileira merecendo estudos que promovam sua qualidade de vida, mantenham a sua dignidade e permitam o convívio saudável na sociedade (COELHO, 2010). Apesar de avanços, como a aprovação do Estatuto do Idoso, a realidade é que os direitos e necessidades dos idosos ainda não são plenamente atendidos. No que diz respeito à saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está preparado para amparar adequadamente esta população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2014).

Segundo dados do IBGE (2009), 70,6% da população idosa brasileira dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Levantamentos relativos às internações hospitalares no SUS mostram um crescimento dos gastos com idosos da ordem de 62,3% no período de 1995 a 2009, sendo que a quantidade de internações cresceu 9,6% indicando um aumento real nos gastos médios (MELO, 2011).

Ainda segundo o autor, será necessário que a economia cresça de forma intensa e permanente no período que vai até 2030 para fazer face às demandas por serviços públicos, principalmente pela pressão que ocorrerá na área da previdência social, e que concorrerá com os serviços de saúde.

É função das políticas de saúde colaborar para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. (BRASIL, 2006). Nesse sentido, ferramentas que possibilitem promover a saúde do idoso atendem a essa demanda tão importante.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados discutidos permitem constatar que a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage quando adaptada para avaliar a percepção do acompanhante e/ou cuidador não demonstrou desfechos satisfatórios nesta pesquisa. Questiona-se se a fundamentação para este evento seja a aspectos da abordagem da escala ou a déficit perceptivo do cuidador.

A percepção do acompanhante e/ou cuidador por Zung demonstrou resultados satisfatórios, apresentando correlação positiva e significativa entre todas as variáveis. Os cuidadores de idosos avaliados por esta escala possuíram um maior entendimento do estado emocional.

Concluimos que a Escala Depressão Abreviada de Zung pode ser adaptada para o cuidador de idoso, apresentando como qualidade possuir uma maior abordagem de respostas, demonstrando que esta característica possuiu maior relevância que a quantidade de perguntas nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ALEXOPOULOS, G.S. Depression in the elderly. **Lancet**.10;365(9475):1961-70. Jun 4. 2005.
2. ALVARENGA, M.R.M et al. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**;15(2):217-24. 2010
3. ARGIMON, I.L.; STEIN, L.M.. Habilidades Cognitivas em Indivíduos muito idosos: Um Estudo Longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, 1, p. 64-72. 2005.
4. BARBOSA, A. F. M. **Prevalência dos maus-tratos sobre idosos no concelho de Barcelos: Estudo com profissionais**. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, 2015.
5. BOWLING, A. et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **International Journal of Aging & Human Development**, 56 (4), 269-306. 2003.
6. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -- IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009. (Estudos e pesquisas).
7. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
9. CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p.2985-2994, jul. 2013.
10. CECAGNO, S.; SOUZA, M.D.; JARDIM, V.M.R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 107-112, 2004.
11. CIALDINI, R. B.. **O Poder Da Persuasão**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 306 p. 2006.
12. COELHO, L. C. T. **A importância do cuidador domiciliar de idosos: revisão de literatura**. 2010. 37 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica, UFMG, Belo Horizonte, 2010.

13. DÍAZ, L. A., CAMPO, A., RUEDA, G., & BARROS, J. A. Proposing a short version of Zung's Self-rating Depression Scale. (In Spanish). **Colombia Médica**, 36, 168-172. 2005.
14. DRAGO, S.; MARTINS, R. A Depressão no Idoso. **Millenium**, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94. 2012.
15. EDWARDS, J. Dementia and Depression in older people. **International Psychogeriatric Association. IPA**, (oral presentation). 2003.
16. ELLISON, J.M.; KYOMEN, H.H.; HARPER D.G. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. **The Psychiatric clinics of North America**;35(1):203-29. 2012.
17. ELIOPOULOS C. Enfermagem gerontológica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
18. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
19. FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R.. Tension attributes of the family caregiver of frail older adults. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 17];43(4):818-24. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a12v43n4.pdf
20. FLORES, G.C. et al. **Cuidado Intergeracional com o Idoso**. Porto Alegre (RS): 2010.
21. FORLENZA, O.V.; Transtornos Depressivos em Idosos. **Neuropsiquiatria Geriátrica**, São Paulo: Atheneu, p. 299-308. 2000.
22. GARBIN, C.A.S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, Set. 2010.
23. GARRIDO, R. & MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, 38(6), 835-841. 2004.
24. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
25. GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro. UnATI/UERJ, 2000.
26. GUIMARÃES, C.A.; LIPP, M.E.N. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. **Psicologia: teoria e prática**, 13(2). 2011.

27. INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; & PAVARINI, S.C. Octogenários e cuidadores: perfil sociodemográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 17, 2, 350-357. 2008.
28. ISRAEL, N.E.N.; ANDRADE, O.G.; TEIXEIRA, J.J.V.. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1349-1356, 2011.
29. KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A.. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*, v. 7ª edição. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
30. LOURENCO, R.A; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, Aug. 2006.
31. MARIN, M.J.S.; ANGERAMI, E.L.S.. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 33-41, Mar. 2002.
32. MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 01-10, 2005.
33. MELO, A. F. **A SAÚDE DO IDOSO EM 2030: Uma análise prospectiva do gasto público na saúde no Brasil**. 2011. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Profissional em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
34. MIGUEL, F.K. Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 1, p. 153-162, Apr. 2015.
35. MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G.. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública 2010**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p.750-757, fev. 2010.
36. PACHECO, J.P. Trabalho e aposentadoria. In: PY, L.; PACHECO, J. L.; MARTINS de SÁ, J. L.; GOLDMAN, S. N. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**, Rio de Janeiro: NAU, p.201 – 27. 2004.
37. PARADELA, EMP. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**;10(2):31-40. 2011.
38. PEIXOTO, C. E. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: PEIXOTO, C. E. (Org) *Família e envelhecimento*. 144 p. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

39. RAMOS, T. S. **Depressão e Demência no Idoso: diagnóstico diferencial e correlações**. 2014. 23 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2014.
40. REICHEL, M.D. et al. Assistência do idoso. Aspecto clínico do envelhecimento. In: **AVALIAÇÃO multidimensional do paciente idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
41. SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 115-122, mar. 2010.
42. SANTOS, C.S.; et al. Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 406-412, 2010.
43. SANTOS, M.D.; BORGES, S.M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 339-349, 2015.
44. SANTOS, S.R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino - Americano de Enfermagem**, nov-dez, 2002.
45. SHEEHAN, B. et al. Somatic symptoms among older depressed primary care patient. **Int J Geriatr Psychiatry**; 18(6):547-8. 2003.
46. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (Rio de Janeiro). **Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso: SBGG divulga Carta Aberta à população**. 2014. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao/>>. Acesso em: 21 jul. 2016.
47. STELLA, F. et al. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da atividade física**. Motriz, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.
48. TANAKA, A.F.D.; SCHEICHER, M.E. Relação entre depressão e desequilíbrio postural em idosos que sofreram acidente vascular encefálico. **Fisioter. mov**. Curitiba, v. 26, n. 2, p. 315-320, Junho, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 11 de Julho de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000200008>.
49. THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-443, 2005.

50. THOMBS, B.D. et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. **J Gen Intern Med**, v. 21, p. 30-38, 2006.
51. TIER, C. et al. Escala de Avaliação da Depressão em Idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, 21(2/3), 27-36. 2007.
52. VELARDE, J.E.; AVILA, F.C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública de México**, v.44, n.4, p.349-361, 2002.
53. ZIMERMAN, G.I. Velhice – aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: ArtMed. 2000.
54. ZUNG, W.W.K. A self rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, London, n. 12, p. 63-70, 1965.
55. ZUNG, W.W.K. The depression status inventory: an adjunct to the self rating depression scale. **Journal of Clinical Psychology**, Canadá, v. 28, p. 539-543, 1972.
56. YESAVAGE, J.A. Degree of dementia and improvement with memory training. **Clinical Gerontologist**, London, v. 1, p. 77-81, 1982.

APÊNDICE A - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Idade:	Sexo:	Escolaridade:
Ocupação:		
Morbidades:		

ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO ABREVIADA DE ZUNG

PERÍODO/CARACTERÍSTICAS	NUNCA	ALGUMAS VEZES	BOA PARTE DO TEMPO	SEMPRE
1.Sente-se triste?	1	2	3	4
2.Tem dificuldade de dormir à noite?	1	2	3	4
3.Sente-se melhor pela manhã?	4	3	2	1
4.Alimenta-se como sempre?	4	3	2	1
5. Fica cansado sem razão?	1	2	3	4
6. Acha difícil tomar decisões?	1	2	3	4
7. Sente-se com esperança acerca do	4	3	2	1
8.Sente-se útil e necessário?	4	3	2	1
9.Sua vida é vazia?	1	2	3	4
10.Ainda tem prazer em fazer o que	4	3	2	1
			TOTAL =	

Fonte: Zung (1965, 1972).

ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1. Você está satisfeito com sua vida?	() 0	() 1
2. Abandonou muito de seus interesses e atividades?	() 1	() 0
3. Sente que sua vida está vazia?	() 1	() 0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	() 1	() 0
5. Você tem muita fé no futuro?	() 0	() 1
6. Tem pensamentos negativos?	() 1	() 0
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	() 0	() 1
8. Tem medo que algo de mal vá lhe acontecer?	() 1	() 0
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	() 0	() 1
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?	() 1	() 0
11. Sente-se frequentemente intranquilo?	() 1	() 0
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	() 1	() 0
13. Preocupa-se muito com o futuro?	() 1	() 0
14. Acha que tem mais problema de memória que os outros?	() 1	() 0
15. Acha bom estar vivo?	() 0	() 1
16. Fica frequentemente triste?	() 1	() 0
17. Sente-se inútil?	() 1	() 0
18. Preocupa-se muito com o passado?	() 1	() 0
19. Acha a vida muito interessante?	() 0	() 1
20. Para você é difícil começar novos projetos?	() 1	() 0
21. Sente-se cheio de energia?	() 0	() 1
22. Sente-se sem esperança?	() 1	() 0
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	() 1	() 0
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	() 1	() 0
25. Sente frequentemente vontade de chorar?	() 1	() 0
26. É difícil para você concentrar-se?	() 1	() 0
27. Sente-se bem ao despertar?	() 0	() 1
28. Prefere evitar as reuniões sociais?	() 1	() 0
29. É fácil para você tomar decisões?	() 0	() 1
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	() 0	() 1
TOTAL		

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa ENVELHECIMENTO e sua participação não é obrigatória.
2. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
3. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
4. Os objetivos deste estudo são VERIFICAR COMO O IDOSO É PERCEBIDO NO MEIO EM QUE ELE VIVE.
5. Sua participação nesta pesquisa consistirá em RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS DE QUESTIONÁRIOS ESTRUTURADOS.
6. Os riscos relacionados com sua participação estão relacionados com a quebra de sigilo dos dados constrangimento e estresse.
7. Os benefícios relacionados com a sua participação são RELACIONADOS COM O DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO PARA AS CIÊNCIAS DA SAÚDE.
8. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
9. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Coordenador do Projeto:

Dr. Allan Pablo do Nascimento lameira

Contato: (83) 8132-1099 – allanpablolameira@gmail.com

Endereço:

Universidade Federal de campina Grande – UFCG

Centro de Formação de Professores – CFP

Unidade Acadêmica Ciências da Vida

Laboratório de Anatomia Humana

Cajazeiras – Paraíba

Essa pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores – Cajazeiras, Paraíba. Contato (83) 3252-2074.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG.

Cajazeiras, _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa (acompanhante)

Sujeito da pesquisa (Idoso)