



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

RITA DE CÁSSIA ALVES PEREIRA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E QUALIDADE DE
VIDA EM PESSOAS IDOSAS**

**CAMPINA GRANDE- PB
2018**

RITA DE CÁSSIA ALVES PEREIRA

SINTOMAS DEPRESSIVOS, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lindomar Farias de Belém.

**CAMPINA GRANDE-PB
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

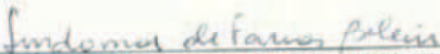
P436s Pereira, Rita de Cássia Alves.
Sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida em pessoas idosas [manuscrito] / Rita de Cassia Alves Pereira. - 2018.
42 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Lindomar Farias de Belém , Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Depressão. 2. Relações familiares. 3. Qualidade de vida. 4. Idosos. I. Título
21. ed. CDD 616.852 7

SINTOMAS DEPRESSIVOS, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS


Artigo apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 27/11/2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lindomar Farias de Belém (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. MSc. Thaise Alves Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Manuel Freire de Oliveira Neto
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da minha fé, que por meio de sua graça e misericórdia me permitiu chegar até aqui. Sem Ele nada disso faria sentido. Toda Honra, Glória e louvor seja dado a Ele.

A minha família, que com todo amor, sempre me apoiaram, incentivaram, oraram por mim e não mediram esforços para que essa conquista fosse possível. Quero destacar a minha mãe Leônia Alves, mulher guerreira, que me identifico e amo demais; meu pai, Paulo Washington, o amor da minha vida; Tereza Alves, minha irmã-mãe que sempre está disponível, e ama me proteger; minha irmã Paula Alves, que ajuda bastante quando preciso e, por fim, ao meu cunhado Diego Alexandre, que tantas vezes me ajudou principalmente quando o computador me deixava na mão.

A meu namorado, Thyago Nóbrega, que com toda paciência e amor, não só me apoiou, mas “arregaçou as mangas” diversas vezes para me ajudar. Obrigada por ser mais que um companheiro, ser um verdadeiro suporte em todas áreas da minha vida.

As minhas amigas lindas, Fernanda e Waleska, por nessa caminhada sempre serem um porto seguro para mim, na alegria e na tristeza. Amo muito vocês, e por isso, arengo e dou coração. Vejo Cristo em vocês.

Aos meus professores, que com seu conhecimento e amor pela docência, me incentivaram a persistir e a ser melhor todos os dias. Em especial, destaco a professora Thaíse Bezerra, companheira de produções científicas, que sempre nos ensinou e incentivou a fazer mais e melhor e, nunca desistir.

A minha orientadora e amiga, Lindomar Farias de Belém, por ter me acolhido com tanto amor e carinho, e ter me dado toda liberdade de crescer e desenvolver o que eu tinha apreendido na academia. A ela meu muito obrigado, por esses anos no CIM.

A todos os meus colegas de projeto, por me ajudarem com as coletas e nas ações desenvolvidas, bem como aos meus colegas de classe, por compartilharem não só conhecimento técnico, mas a própria vida.

A todos que fazem parte da UAMA, na pessoal do Professor Manuel Freire que como gestor nos acolheu e proporcionou oportunidades para desenvolvermos nossas atividades. Agradeço aos idosos que me tornaram uma nova pessoa e, contribuíram tanto para essa formação.

A minha família em Cristo (ACEV) por ter me apoiado e me feito crescer tanto não só no conhecimento de Deus, mas também na prática de vida, principalmente no serviço e liderança. Aprendi que tudo que fazemos devemos fazer com o nosso melhor, como para o Senhor e não para homens. Em especial ao enfermeiro e amigo Roger Andrade que me incentivou e me proporcionou crescimento na área através de um projeto desenvolvido no Ação Educar.

Por fim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente com a minha formação.

“Ó profundidade da riqueza da sabedoria e do conhecimento de Deus! Quão insondáveis são os seus juízos, e inescrutáveis os seus caminhos! Quem conheceu a mente do Senhor? Ou quem fôí seu conselheiro? Quem primeiro lhe deu, para que ele o recompense? Pois dele, por ele e para ele são todas as coisas. A ele seja a glória para sempre! Amém.”

Romanos 11:33-36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados referentes ao perfil sociodemográfico dos idosos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)	13
Tabela 2 – Distribuição dos dados referentes às condições de saúde dos idosos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)	14
Tabela 3 – Classificação da Escala de Depressão Geriátrica. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)	15
Tabela 4 – Estatística descritiva dos domínios do APGAR Familiar. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)	15
Tabela 5 – Classificação do APGAR Familiar. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)	16
Tabela 6 – Estatística descritiva das facetas do WHOQOL-OLD. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)	16
Tabela 7 – Correlação entre o WHOQOL-OLD, o APGAR Familiar e a Escala de Depressão Geriátrica. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO GERAL	10
2.1	Objetivos específicos	10
3	METODOLOGIA	10
3.1	Caracterização do estudo	10
3.2	Cenário do estudo	10
3.3	População do estudo	11
3.4	Procedimento e instrumentos da coleta de dados	11
3.5	Análise dos dados.	12
3.6	Aspectos éticos	13
4	RESULTADOS	13
5	DISCUSSÃO	17
6	CONCLUSÃO	21
	REFERENCIAS	24
	APÊNDICE A	32
	ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	33
	ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	35
	ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA	36
	ANEXO D - APGAR FAMILIAR	37
	ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE WHOQOL-OLD	38

“SINTOMAS DEPRESSIVOS, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS”

Rita de Cássia Alves Pereira

RESUMO

Introdução: o envelhecimento populacional, evento consolidado em nível mundial, é caracterizado por mudanças biopsicossociais complexas no indivíduo, que culmina em maior risco de desenvolvimento de doenças, destacando-se a depressão, bem como alterações na e funcionalidade familiar e qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida em pessoas idosas. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com 61 idosos discentes da UAMA. As escalas utilizadas foram: EDG-15 (depressão), Apgar familiar (funcionalidade familiar) e WHOQOL-OLD (qualidade de vida). Para análise dos dados foi utilizado o programa SSPS 22.0 e adotado nível de significância de 5%. **Resultado:** a amostra foi constituída predominantemente pelo sexo feminino, com idades de 60 a 69 anos, casados, com alto nível de escolaridade. Na autopercepção da saúde a maioria considerou regular. 83,6% dos idosos não apresentaram sintomas depressivos, 72,1% obteve apgar de boa funcionalidade familiar e apresentaram média elevada no escore total de qualidade de vida. A qualidade de vida mostrou associação significativa e positiva com o apgar familiar ($p=0,005$) e negativa com o escore de depressão ($p=0,004$). **Conclusões:** as variáveis sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida estão estatisticamente associadas, e mostraram resultados positivos nesse estudo.

Palavras-chave: Sintomas depressivos. Relações familiares. Qualidade de vida. Idosos.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo universal, natural, gradual e irreversível, caracterizado por alterações biopsicossociais, que são diretamente influenciadas pela idiosincrasia de cada indivíduo (SÁ, 2016; SARAIVA *et al.*, 2017).

O envelhecimento populacional é um acontecimento consolidado no cenário mundial, evidenciado pela elevação do quantitativo de idosos (MINAYO, 2012; ARAÚJO, POÚL e MARTINS, 2011; BORGES, CAMPOS e SILVA, 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015a) a população com mais de 60 anos, entre 2015 e 2050, alcançará 22%, passando dos 900 milhões para 2 bilhões.

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional ocorreu em meados da década de 60 com tímidas alterações nos indicadores de natalidade e quedas no nível de mortalidade,

atingindo sua verdadeira revolução demográfica a partir da década de 70, sendo os indicadores para 1980 de 4,4 filhos por mulher e esperança de vida ultrapassando os 60 anos. Na última década (entre 1991 e 2010), os níveis reduziram ainda mais, alcançando apenas 1,9 filho por mulher, e 73,5 anos de vida em 2010 (VASCONCELOS e GOMES, 2012). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2030, o Brasil, estará no ranking mundial como sexto país com maior população de idosos, totalizando aproximadamente 41,5 milhões de pessoas na faixa etária de 80 anos (IBGE, 2015).

Paralelo a esse crescimento, surgem demandas sociais e de saúde, que solicitam uma adequação dos modelos assistenciais a pessoa idosa, compreendendo suas características básicas, a fim de se obter uma rede de apoio ativa, que é determinante para qualificar ou prejudicar o processo de envelhecimento (SÁ, 2016; SARAIVA *et al.*, 2017). Infelizmente esse crescimento populacional no Brasil não foi paralelo a aplicação de políticas eficazes, capazes de atender a essas demandas, o que ocasionou o aumento da vulnerabilidade da população idosa (BARBOSA e CONCONE, 2016).

No que diz respeito à saúde, muitas são as dificuldades. Pois, as doenças tornam-se mais comuns nessa faixa etária e, muitas vezes, ocasionam redução da capacidade funcional, bem como da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa idosa (STEIN *et al.* 2016).

Dentre as doenças prevalentes na população idosa, destaca-se a depressão, transtorno psiquiátrico que tem sido alvo de muitos estudos. Isso porque atualmente a depressão é classificada como um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, que atinge todas as faixas etárias, e é caracterizada por sintomas psicológicos, comportamentais e físicos (SIQUEIRA, 2009; FERRARI *et al.*, 2013; WHO 2017).

Os dados epidemiológicos fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que mais de 322 milhões de pessoas apresentam sintomatologia depressiva e que em 2030 a depressão seja uma das principais patologias mundiais existentes. No Brasil, país da América Latina com maior número de casos de depressão, cerca de 11,5 milhões (5,8%) de casos já foram registrados (WHO, 2017). As estimativas ainda mostram que nos países ocidentais, a depressão atinge 20% da população idosa (VOLKERT *et al.*, 2013).

O quadro depressivo no idoso é complexo e muitas vezes associado à própria velhice ou a outros quadro clínicos (JIMENEZ *et al.*, 2012; CHIESI, 2017). Quanto ao tratamento da depressão, o uso de medicações interligado concomitantemente a recursos terapêuticos não medicamentosos - como terapias individuais e em grupo, atividade comunitárias e o atendimento a família - tem sido a primeira escolha. Quando não identificada e tratada de

forma adequada a depressão pode ocasionar comprometimento físico, social e funcional, culminando em prejuízos à qualidade de vida. Portanto, a utilização sistemática de instrumentos validados da detecção da depressão e na avaliação dos fatores associados tornam-se indispensáveis para a eficácia do tratamento (SIQUEIRA, 2009; BRASIL, 2010; ASSIS *et al.*, 2015).

Os principais fatores associados à depressão geriátrica são as perdas físicas, a percepção negativa de saúde física, dores crônicas, sentimentos de solidão, viuvez, diminuição da rede social por perdas de amigos e familiares, isolamento, aposentadoria, alteração no status econômicos, idade mais avançada, baixa escolaridade, sexo feminino (MELLO e TEIXEIRA, 2011; PARADELA, 2011; XAVIER *et al.*, 2014; DOMÈNECH-ABELLA *et al.*, 2017).

Outro aspecto relacionado a depressão é a funcionalidade da família. A mudança no arranjo familiar, tanto em sua estrutura como em sua funcionalidade, devido a transição demográfica, tem contribuído para a disfuncionalidade familiar, considerando que o suporte familiar passa a ser ameaçado. Tal convivência influencia no bem-estar e na qualidade de vida (PAVARINI *et al.*, 2009; MARINHO *et al.*, 2010; REIS *et al.*, 2011; ANDRADE e MARTINS, 2011), contribuindo para manutenção da integridade física e psicológica do idoso (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Vários estudos trazem iminente relação entre a qualidade de vida do idoso e a funcionalidade da família (ANDRADE e MARTINS, 2011; ALMEIDA, *et al.*, 2017; NERI, 2018). Isso porque o idoso que mostra insatisfação familiar tem grande probabilidade de desenvolver afetos negativos, sentimentos de solidão e depressão, podendo ocasionar o aumento da morbimortalidade e o comprometimento da qualidade de vida (NERI, 2018).

Nesse enfoque, a qualidade de vida constitui-se como outro importante fator relacionado a depressão (RONCON; LIMA e PEREIRA, 2015; ASSIS, 2015; NÓBREGA, 2015; MOLINA *et al.*, 2018) e tem se tornado um importante objeto de estudo em todo mundo (SIVERTSEN *et al.* 2015). Por afetar a percepção dos idoso quanto ao uso do tempo, nível de atividade, atividades comunitárias, sua satisfação de realizações na vida (ASSIS *et al.* 2015), autovalorização, autonomia e independência, a depressão compromete a qualidade de vida (MOLINA *et al.* 2018).

Por tanto, a qualidade de vida deve ser vista como uma abordagem multidimensional e subjetiva que está diretamente relacionada com a percepção do próprio idoso, de satisfação ou não, com sua vida, nos vários âmbitos como saúde, trabalho, meio ambiente, as relações

sociais, incluindo a família e outros (SIVERTSEN *et al.* 2015; GALVANI e SILVEIRA, 2016). Essa qualidade de vida reflete na capacidade de decisões e reflexões do indivíduo, sobre sua própria vida (GALVANI e SILVEIRA, 2016).

Nessa perspectiva, a enfermagem exerce um importante papel, na identificação dos sintomas depressivos, bem como na avaliação da funcionalidade familiar e da qualidade de vida em pessoas idosas (BRITO, 2014).

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida em pessoas idosas.

2.1 Objetivos específicos

- Avaliar sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida em idosos estudantes da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA);
- Correlacionar a depressão, qualidade de vida e funcionalidade familiar.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo. A pesquisa descritiva tem por finalidade descrever características de determinada população ou estabelecer relações entre variáveis. Isso através de utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como os questionários (GIL, 2010). Enquanto que o método quantitativo objetiva garantir precisão dos resultados, diminuindo as inferências em análises e interpretação. Esse método é aplicado em estudos que buscam descobrir e classificar a relação entre variáveis (RICHARDSON, 2015).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) com sede na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) de Campina Grande-PB (campus I). Com aprovação do projeto em 2008 pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) e criada pela Comissão Institucional Especial para formação Aberta à Maturidade (CIEFAM), a UAMA é uma instituição localizada nas imediações da UEPB, cujo objetivo é possibilitar aos idosos formação especial, através do aprofundamento em várias

áreas do conhecimento como saúde, direito, educação, letras, pedagogia, tecnologia, cultura, lazer e temas relacionados ao envelhecimento, através de aulas e momentos extraclasse. Atualmente, o curso oferecido é “Educação para o envelhecimento humano”, com duração de dois anos e composta por disciplinas obrigatórias e optativas, além de apoiadas por programas e projetos de extensão (FERREIRA, 2015).

3.3 População do estudo

A população do estudo foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, assistidos pela UAMA- campus I, totalizando 111 idosos, distribuídos em duas turmas, sendo a turma A com encontros nas segundas e quartas e a Turma B nas terças e quintas. Todos os alunos da instituição foram convidados a participar do estudo e, destes, 92 mostraram interesse. Os critérios de inclusão consiste em idosos acima de 60 anos, discente da UAMA, que morem com pelo menos uma pessoa e não apresentem comprometimento cognitivo. Já os critérios de exclusão foram idosos que moram só e os idosos com comprometimento cognitivo. A capacidade cognitiva foi avaliada através da Mini Exame do Estado Mental (MEEM), questionário validado e adaptado para o Brasil, que avalia os seguintes itens: Orientação; Memória Imediata; Atenção e Cálculo; Memória de Evocação e Linguagem (ANEXO A). O escore total máximo é de 30 pontos, influenciados diretamente pela escolaridade (BERTOLUCCI, 1994). Para avaliação dos dados, adotamos as notas de corte sugerida pelo Ministério da Saúde: 19 para analfabetos, 23 para pessoas com escolaridade de 1 a 3 anos, 24 para 4 a 7 anos de escolaridade, 28 para escolaridade >7 anos (BRASIL, 2006). Diante dos critérios, a amostra final foi de 61 idosos.

3.4 Procedimento e instrumentos da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro à outubro de 2018, contendo a caracterização do perfil dos idosos e das famílias a partir de um formulário com questões sociodemográficas como sexo, idade, situação conjugal, arranjo familiar, escolaridade, renda, número de pessoas que residam no mesmo domicílio e participação social (ANEXO B). Bem como, instrumentos que avaliam sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida, que foram aplicados individualmente, em sala de aula.

A presença de sintomas depressivos, foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida, com 15 questões (EDG-15), adaptada culturalmente e validada para o Brasil e indicada pelo Ministério da Saúde (ANEXO C). Nesses casos o escore total

entre zero e cinco indica ausência de sintomas depressivos, escores entre seis e dez presença de sintomas depressivos leves, e entre onze e quinze sintomas depressivos severos (BRASIL, 2006).

No que diz respeito à funcionalidade familiar foi utilizado o APGAR de Família (ANEXO D), preconizado pelo Ministério da Saúde, composto por cinco questões e três opções de resposta: raramente ou quase nunca (zero), algumas vezes (um) e quase sempre (dois). Cada questão corresponde a um domínio, representado pelo acrônimo “APGAR”, Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento); Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutive). O escore total é obtido pela soma dos pontos de cada item e podem representar boa funcionalidade se escore total de sete a dez; disfunção moderada, se cinco ou seis e disfunção familiar elevada entre zero e quatro (BRASIL, 2006; VERA *et al.*, 2014).

Por fim, para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário de Whoqol-old adaptado pela OMS para idosos (ANEXO E), que consiste na avaliação da qualidade de vida a partir de seis facetas (ou domínios) de quatro itens cada, totalizando 24 itens, sendo cada item avaliado pela escala de Likert (1 a 5 pontos). Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados e apresentados de três formas: total (varia de 4 a 20 cada item), média (1 a 5) ou percentual (0 a 100). O presente estudo optou pela avaliação do escore a partir do escore total, que consiste na soma dos valores de todas as facetas. Os escores altos representam uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003; POWER *et al.*, 2005; ALENCAR *et al.* 2010).

3.5 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Programa *Microsoft Excel* e em seguida, foram processados pelo software *Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows*, versão 22.0, sendo analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. A consistência interna dos fatores foi avaliada por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach. Para a verificação da normalidade dos dados numéricos, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. O Teste de Correlação de Spearman foi utilizado para correlacionar o WHOQOL-OLD, o APGAR Familiar e a EDG-15. O nível de significância utilizado para as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$).

3.6 Aspectos éticos

O presente estudo trata-se de um recorte do Programa Centro de Informações sobre Medicamentos (CIM- UEPB) que atua na UAMA e foi realizada de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), atendendo aos procedimentos éticos. Após apresentação dos objetivos da pesquisa e esclarecimentos, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS

Dentre os 61 participantes, observou-se uma maior frequência de pessoas idosas do sexo feminino (73,8%), com idade entre 60 e 69 anos (67,2%), casados (60,7%), com ensino médio e superior completos (32,8% e 31,1%, respectivamente), que residem com uma a duas pessoas (65,6%) e possuem renda de uma a dois salários mínimos (70,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos dados referentes ao perfil sociodemográfico dos idosos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	45	73,8
Masculino	16	26,2
Faixa etária		
60 – 69 anos	41	67,2
70 – 79 anos	18	29,5
80 anos e mais	2	3,3
Estado civil		
Solteiro(a)	6	9,8
Casado(a)	37	60,7
Divorciado(a)	4	6,6
Viúvo(a)	14	23,0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	4	6,6
Fundamental completo	4	6,6
Médio incompleto	6	9,8

Médio completo	20	32,8
Superior incompleto	8	13,1
Superior completo	19	31,1
Arranjo familiar		
1 – 2 pessoas	40	65,6
3 – 4 pessoas	16	26,2
5 ou mais pessoas	5	8,2
Renda		
Sem renda	3	4,9
De 1 a 2 salários mínimos	43	70,5
3 salários mínimos ou mais	15	24,6
Total	61	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação às condições de saúde dos idosos, a maioria referiu o seu estado de saúde como regular (47,5%) e apresentam como principais doenças ou problemas de saúde a hipertensão arterial sistêmica (50,5%) e problemas osteomusculares e articulares (32,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos dados referentes às condições de saúde dos idosos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)

Variáveis	n	%
Estado de saúde autorreferido		
Ruim	2	3,3
Bom	20	32,8
Regular	29	47,5
Excelente	10	16,4
Doenças ou problemas de saúde*		
Nenhuma	8	13,1
Hipertensão Arterial Sistêmica	31	50,8
Problemas osteomusculares e articulares	20	32,8
Diabetes Mellitus	10	16,4
Problemas gastrointestinais	5	8,2
Transtornos mentais comuns	5	8,2

Problemas respiratórios	4	6,6
Outros	11	18
Total	61	100,0

*Alguns idosos possuíam mais de um problema de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Foi evidenciado que a maioria dos idosos não possui indícios de depressão (83,6%), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 – Classificação da Escala de Depressão Geriátrica. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)

Classificação	n	%
Sem indícios de depressão	51	83,6
Depressão leve	9	14,8
Depressão severa	1	1,6
Total	61	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O APGAR Familiar apresentou médias elevadas em todos os domínios, destacando-se o Desenvolvimento (1,61±0,61) e a Capacidade resolutiva (1,59±0,62). A consistência interna do APGAR Familiar foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach para cada domínio, obtendo valores entre 0,74 e 0,81, os quais são considerados como aceitáveis (Tabela 4).

Tabela 4 – Estatística descritiva dos domínios do APGAR Familiar. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)

Domínios	Média	Desvio-Padrão	Amplitude	Alfa de Cronbach
Adaptação	1,51	0,65	0 – 2	0,77
Companheirismo	1,51	0,69	0 – 2	0,74
Desenvolvimento	1,61	0,61	0 – 2	0,77
Afetividade	1,49	0,59	0 – 2	0,76
Capacidade resolutiva	1,59	0,62	0 – 2	0,76
Total	7,70	2,41	0 – 10	0,81

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A classificação do APGAR Familiar mais frequente entre os idosos foi a boa funcionalidade (72,1%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação do APGAR Familiar. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)

Classificação	n	%
Elevada disfunção familiar	7	11,5
Moderada disfunção familiar	10	16,4
Boa funcionalidade	44	72,1
Total	61	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os idosos apresentaram médias elevadas no escore total da qualidade de vida ($66,4 \pm 13,7$) e também em todas as suas facetas, principalmente nas, Habilidades Sensoriais ($76,3 \pm 19,1$). A consistência interna do WHOQOL-OLD foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach para cada faceta, obtendo valores entre 0,74 e 0,83, os quais são considerados como aceitáveis (Tabela 6).

Tabela 6 – Estatística descritiva das facetas do WHOQOL-OLD. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)

Facetas	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Habilidades Sensoriais	76,3	19,1	81,2	31,2	100,0	0,83
Autonomia	62,5	18,3	62,5	25,0	100,0	0,76
Atividades passadas, presentes e futuras.	64,5	20,0	68,7	18,7	100,0	0,74
Participação Social	66,7	21,1	75,0	12,5	100,0	0,74
Morte e Morrer	61,0	27,2	62,5	12,5	100,0	0,82
Intimidade	67,5	21,3	68,7	25,0	100,0	0,77
Escore Total	66,4	13,7	67,7	32,3	92,7	0,80

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O APGAR Familiar apresentou uma correlação positiva e significativa ($p \leq 0,05$) com o escore total da qualidade de vida ($p=0,005$) e com os domínios Atividades passadas, presentes e futuras ($p=0,012$), Participação Social ($p=0,003$) e Intimidade ($p < 0,001$). Esse resultado indica que quanto maior a funcionalidade familiar, maiores serão as médias de qualidade de vida total e de seus domínios.

Em contrapartida, a EDG apresentou uma correlação negativa e significativa ($p \leq 0,05$) com o escore total da qualidade de vida ($p=0,004$) e com os domínios Atividades passadas, presentes e futuras ($p=0,003$), Participação Social ($p=0,004$), Morte e Morrer ($p=0,012$) e Intimidade ($p=0,008$), evidenciando que quanto mais indícios de depressão, menores serão as médias de qualidade de vida total e de seus domínios (Tabela 7).

Tabela 7 – Correlação entre o WHOQOL-OLD, o APGAR Familiar e a Escala de Depressão Geriátrica. Campina Grande, PB, Brasil, 2018. (n=61)

Qualidade de Vida	APGAR Familiar		EDG	
	r	p*	r	p*
Domínios				
Habilidades Sensoriais	-0,030	0,820	0,029	0,827
Autonomia	0,236	0,067	-0,225	0,081
Atividades passadas, presentes e futuras	0,320	0,012	-0,371	0,003
Participação Social	0,377	0,003	-0,368	0,004
Morte e Morrer	0,056	0,667	-0,320	0,012
Intimidade	0,526	<0,001	-0,336	0,008
Escore total	0,352	0,005	-0,363	0,004

*Teste de Correlação de Spearman.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5 DISCUSSÃO

Na análise dos dados sociodemográficos, a população do estudo foi predominantemente composta pelo sexo feminino demonstrando a tendência nacional da feminização da velhice (NOGUEIRA e ALCÂNTARA, 2014; MAXIMIANO-BARRETO, AGUIAR e FERMOSELI, 2017). De acordo com o IBGE (2018) a expectativa de vida da população de 60 anos é de 23,9 anos para mulheres, enquanto que para homens é de 20,3 anos. Essa diferença entre os gêneros pode ser justificada por fatores biológicos, como a proteção hormonal conferida pelo estrógeno, e sociais (SANTOS e CUNHA, 2014).

Nas questões sociais enfatiza-se o risco de mortalidade maior em homens, principalmente relacionada à violência, aos acidentes automobilísticos e às morbidades crônicas; à divergência na atenção ao cuidado com a saúde, uma vez que as mulheres são apontadas como quem mais procuram os serviços de saúde e menos fazem uso de tabaco e

álcool; e a diferente participação no mercado de trabalho (NOGUEIRA e ALCÂNTARA, 2014; SANTOS e CUNHA, 2014; ASSIS *et al.* 2015). No entanto, apesar de permanecer como maioria, as mudanças de estilo de vida e da representatividade social da mulher, podem ocasionar a diminuição nessa diferença da expectativa de vida (VELOSO, 2015).

Em relação ao estado civil a maioria eram casados e dos viúvos, a minoria eram homens. Isso pode ser explicado pela expectativa de vida feminina ser maior, e corroborado pelos dados estatísticos, uma vez que entre os viúvos apenas dois são homens. Além disso, é mais comum o homem procurar um recasamento (LOPES e SANTOS, 2015).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, todos eram alfabetizados e a maioria possuía alta escolaridade (ensino médio completo ou superior incompleto ou completo). Estudos como o de Bortuluzzi *et al.* (2017), Almeida *et al.* (2017) e Inoyue *et al.* (2018) encontraram dados semelhantes. O que diverge de outras literaturas (MELO, FERREIRA e TEIXEIRA, 2014; DOMICIANO *et al.* 2014; MARINHO e REIS, 2016) e dos dados fornecidos pelo IBGE (2016), que demonstra alta taxa de analfabetismo em pessoas maiores de 65 anos, correspondente a 25,7% em 2015.

Isso sugere que a amostra não representa a totalidade de pessoas idosas, e que o perfil dos discentes das universidades abertas à população idosa, é de maior grau de instrução educacional e níveis econômicos mais favorecidos (PEREIRA, COUTO e SCORSOLINI-COMIN, 2015; ADAMO *et al.* 2017; INOYUE *et al.* 2018).

No autorrelato da avaliação da saúde, a minoria considerou sua saúde como péssima, corroborando com os resultados encontrado na literatura (CARVALHO *et al.*, 2015; CONFORTIN *et al.*, 2015; BELÉM *et al.*, 2016; MARINHO e REIS, 2016; GARBACCIO *et al.*, 2017). A autopercepção de saúde é um indicador de qualidade de vida e percepção biopsicossocial do próprio indivíduo. Pode ser influenciado por fatores socioeconômicos, já que pessoas com níveis maiores de escolaridade e renda possuem mais acesso à informação, e conseqüentemente melhor qualidade de vida, que culmina em uma autopercepção favorável; pelo processo saúde-doença e, a funcionalidade familiar, que é um importante fator na construção de um envelhecimento saudável (CONFORTIN *et al.*, 2015; BELÉM *et al.*, 2016; GARBACCIO *et al.*, 2017).

Em relação a depressão, cerca de 11,1% dos idosos com faixa etária de 60 a 64 anos, foram diagnosticados com depressão, no Brasil (IBGE, 2014). No entanto, no presente estudo, o percentual de idosos que não apresentou sintomas depressivos foi prevalente. Resultados similares foram encontrados na literatura (MENEZES e MENDES, 2014; NÓBREGA, LEAL

e MARQUES, 2016). Apesar de um número ainda significativo apresentar tais sintomas, uma vez que trata-se de uma amostra de idosos ativos, comunitários, que mantém relacionamentos familiares (ASSIS *et al.* 2015).

Já em estudos realizados com idosos institucionalizados (FRADE *et al.*, 2015; GOMES e REIS, 2016; COSTA *et al.*, 2017; GHUTS *et al.*, 2017) e com pacientes acometidos por cardiopatias (RODRIGUES *et al.*, 2015) os números prevalentes são de idosos com a sintomatologia depressiva, divergindo desse estudo, isso devido aos fatores predisponentes associados aos mesmos. Na literatura destaca-se como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão, o sexo feminino (NÓBREGA, LEAL e MARQUES, 2016; MAGALHÃES *et al.*, 2016; MARQUES *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2017), devido as alterações hormonais, a redução da capacidade intrínseca, às modificações dos papéis sociais e familiares e às perdas interpessoais (MAGALHÃES *et al.* 2016; MARQUES *et al.* 2017); a baixa escolaridade; os não casados, podendo estar associado ao sentimento de solidão (NÓBREGA, LEAL e MARQUES, 2016; MARQUES *et al.* 2017; SOUSA *et al.* 2017); morbidades crônicas (SOUSA *et al.* 2017) e perdas, seja de status social ou interpessoais (WHO, 2015b; MARQUES *et al.* 2017).

A alta escolaridade, arranjo familiar (mora com o companheiro e familiares), ter um companheiro (MAGALHÃES *et al.* 2016; MARQUES *et al.* 2017; SILVA *et al.* 2017; SOUSA *et al.* 2017) e, participar de atividades comunitárias (MAGALHÃES *et al.* 2016), são considerados fatores protetores.

Nesse estudo, a perspectiva dos idosos eram que suas famílias classificavam-se como altamente funcionais, e em todos os domínios apresentaram médias elevadas, com pequenas variações nos valores de alfa (0,74 a 0,77), destacando o desenvolvimento e a capacidade resolutive. Outros estudos mostram resultados semelhantes (SILVA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2017; TESTON, SILVA e MARCON, 2017). No estudo de Rabelo e Neri (2016), o grupo 3 composto por idosos autônomos e independentes, sem diagnóstico de depressão e ansiedade, apresentavam uma boa funcionalidade familiar em todos os domínios, semelhante a esse estudo. Isso demonstra a satisfação dos idosos com suas relações familiares, e o quanto as famílias estão preparadas para ao mesmo tempo que respeita a autonomia da pessoa idosa, gerenciar os problemas e conflitos (SOUZA *et al.*, 2014).

Ao avaliar os idosos com depressão, os dados são divergentes. O grupo 2, do estudo de Rabelo e Neri (2016), formados por idosos independentes, mas com depressão, apresentou insatisfação com as relações familiares, principalmente em relação a afetividade, apoio,

companheirismo e desenvolvimento. Resultados semelhantes também são encontrados em estudo realizado em Dourados- MS, quando 77,5% dos idosos com depressão apresentavam também algum grau de disfuncionalidade familiar (SOUZA *et al.*, 2014). A família funcional é essencial na vida da pessoa idosa com depressão, uma vez que o apoio efetivo assegura o bem-estar e qualidade nos relacionamentos interpessoais e torna-se um ambiente que ameniza os riscos de distúrbios emocionais, como a depressão (BRITO, 2014; SOUZA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2017).

O Apgar familiar também apresentou relação positiva e significativa com a qualidade de vida ($p=0,005$). Roncon, Lima e Pereira (2015) ressaltam em seu estudo a importância da família na assistência à pessoa idosa, e incentiva o desenvolvimento de programas que avaliem e intervenham na dinâmica da família conservando a qualidade de vida do idoso sem desvalorizar o cuidador.

Determinar a qualidade de vida, para o idoso está muito mais associado a uma autopercepção da saúde, apesar das modificações fisiológicas próprias do envelhecimento (GARBACCIO *et al.*, 2018). Os participantes desse estudo apresentaram médias elevadas no escore total de qualidade de vida e em todas as facetas. Um estudo realizado com idosos de uma universidade aberta à terceira idade (UATI), em São Paulo, mostrou que houve um aumento significativo no escore total de qualidade de vida antes e após frequentar a universidade, bem como nas dimensões “saúde física, disposição, humor, memória, amigos, você em geral, capacidade para fazer tarefas, capacidade para fazer atividades de lazer e a vida em geral” (INOUYE *et al.*, 2018). A hipótese sugerida pelo mesmo autor é que as pessoas com escores elevados de qualidade de vida tendem a buscar intervenções para melhorar suas vidas. Outra questão levantada é a autonomia e independência preservada dos indivíduos, mas sem deixar de considerar a importância da inclusão dos idosos em programas educacionais como importante fonte de apoio.

Em relação as facetas, esse estudo apresentou médias que variam de 61,0 a 76,3, em destaca encontra-se o funcionamento dos sentidos, intimidade e participação social. Dados semelhantes foram encontrados em estudo nacionais, como o realizado com 349 idosos brasileiros usuários da atenção básica, que as facetas de maior média foram funcionamento dos sentidos (73,81) e intimidade (67,51) (ERMEL *et al.*, 2017). No entanto, encontramos contradição entre a faceta morte e morrer que apresenta média elevada no estudo de Ermel *et al.* (2017) e Esteves *et al.* (2017), enquanto que nesse estudo obteve a média mais baixa (61,0).

No que diz respeito a qualidade de vida e depressão, o estudo demonstrou associação negativa ($p=0,004$), em concordância com outros estudos nacionais e internacionais realizados com pessoas idosas da comunidade (ASSIS *et al.*, 2015; RONCON, LIMA e PEREIRA, 2015; SIVERTSEN *et al.*, 2015; MOLINA *et al.*, 2018). Essa forte associação entre sintomas depressivos e piores índices de qualidade de vida, foi ratificado em uma revisão que uniu 74 artigos com abordagens transversais e longitudinais, sobre esse assunto (SIVERTSEN *et al.*, 2015). Quando não há o diagnóstico correto e aplicação de intervenções eficazes, a depressão ocasiona o comprometimento físico, social e funcional do indivíduo, culminando em um impacto negativo de sua qualidade de vida (ASSIS *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2017). De acordo com Sivertsen *et al.* (2015) o tratamento adequado da depressão ocasiona melhoras nos índices de qualidade de vida, mesmo quando a recuperação desse paciente ainda não foi completada. Sendo assim, diagnosticar e intervir precocemente na depressão é importante para reduzir os riscos iminentes e promover qualidade de vida as pessoas idosas (ASSIS, *et al.*, 2015; RONCON, LIMA e PEREIRA, 2015; SIVERTSEN *et al.*, 2015).

Portanto, o envelhecimento demográfico é acompanhado de desafios relacionados à seguridade social, a socialização, mercado de trabalho e, a saúde, entre outros, demandam atenção dos gestores públicos, pesquisadores e profissionais de saúde na tentativa de contribuir para a promoção da qualidade de vida da população idosa (ASSIS *et al.*, 2015; IBGE, 2016; 2018).

6 CONCLUSÃO

Esse estudo buscou avaliar a prevalência dos sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida em pessoas idosas. Sendo assim, a população estudada é caracterizada por ser prevalentemente do sexo feminino, idosos jovens, casados, com alto nível de escolaridade, com arranjo familiar de 1 a 2 pessoas, e renda de 1 a 2 salários mínimos.

Na condição de saúde autorreferida, a maioria considerou sua saúde regular. Houve prevalência de doenças crônicas, destacando a Hipertensão Arterial Sistêmica, Problemas osteomusculares e articulares e a Diabetes Mellitus.

Em relação a presença de sintomas depressivos, a maioria dos idosos não apresentaram. A funcionalidade familiar, foi avaliada como boa pela maioria dos idosos, sendo as maiores médias encontradas nos domínios de “desenvolvimento” e “capacidade resolutiva”.

A qualidade de vida apresenta média de escore total elevado, bem como em todas as facetas, destacando “habilidades sensoriais”, “intimidade” e “participação social” com as melhores médias, e “morte e morrer” com a pior média.

No estudo verificou-se associação entre as variáveis, sendo depressão e qualidade de vida uma associação negativa. Enquanto que a qualidade de vida e funcionalidade familiar, trata-se de uma correlação positiva. Corroborando com os dados encontrados na literatura nacional e internacional.

Esse estudo possui como principais limitações o corte transversal, e à amostra relativamente pequena, com possível viés de seleção a favor de idosos ativos, podendo não representar a população idosa brasileira. Além disso poucos estudos são encontrados na literatura comparando as três variáveis - sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida – dificultando comparações.

Portanto a pesquisa contribuiu para a reflexão sobre o envelhecimento suas particularidades e complexidade, bem como fatores que contribuem para o alcance do objetivo maior das políticas públicas, envelhecer com qualidade.

Espera-se que a partir dos dados apresentados, novos estudos sejam desenvolvidos, buscando avaliar a pessoa idosa de forma biopsicossocial, e assim, contribuir para o conhecimento científico e planejamento de ações que visem melhoramento da qualidade de vida dessa população.

“DEPRESSIVE SYMPTOMS, FAMILY RELATIONSHIP AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PEOPLE”

Rita de Cássia Alves Pereira

ABSTRACT

Introduction: Population aging, a globally consolidated event, is characterized by complex biopsychosocial changes in the individual, culminating in a higher risk of developing diseases, highlighting the depression, as well as changes in the family functionality and quality of life. **Objective:** evaluate depressive symptoms, family functionality and quality of life in the elderly. **Methodology:** this is a study transversal, descriptive and quantitative, accomplished with 61 elderly students of UAMA. The scales used were: EDG-15 (depression), family APGAR (family functionality) and WHOQOL-OLD (quality of life). For data analysis, the SSPS 22.0 program was used and a significance level of 5% was adopted. **Results:** the sample was constituted predominantly by females, aged 60-69 years, married, with a high level of schooling. In the self-perception of health, the majority considered regular. 83.6% of the elderly did not present depressive symptoms, 72.1% had APGAR with good family functionality and presented a high average in the total quality of life score. The quality of life showed a significant and positive association with family APGAR ($p = 0.005$) and negative with the depression score ($p = 0.004$). **Conclusions:** the variables depressive symptoms, family relationship and quality of life were statistically associated and showed positive results in this study.

Keywords: Depressive symptoms. Family relationships. Quality of life.

REFERÊNCIAS

- ADAMO, C. E. *et al.* Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n.4, p. 550-560, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00545.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.
- ALENCAR, N. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos residente em ambiente urbano e rural. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.13, n.1, p.103-109, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a11v13n1.pdf>>. Acesso em: 12 de outubro de 2018.
- ALMEIDA, P. *et al.* Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Rev. da Sobama.**, v.18, n.1, p.53-64, 2017. Disponível em: <<https://docs.google.com/document/d/112va3tOMUeY-S25rWSUOdAACoMUwUOt7HA3s81aHHzo/edit#heading=h.2xcytpi>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.
- ANDRADE, A. I. N. P. de, MARTINS, R. M. L. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Milleniun**, v.40, p.185-199, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1210/1/Funcionalidade%20Familiar%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.
- ARAÚJO, A. A. *et al.* Quality of life, family support, and comorbidities in institutionalized elders with and without symptoms of depression. **Psychiatric Quarterly**, v.87, n.2, p.281-291, 2016. Disponível em: <[10.1007/s11126-015-9386-y](https://doi.org/10.1007/s11126-015-9386-y)>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.
- ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 45, n.4, p. 869-875, 2011.
- ASSIS, A. M. de S. T. *et al.* Quality of life and depressive symptoms in the elderly living in community. **Rev. International archives of Medine**, v.8, n.246, p.1-8, 2015. Disponível em: <<http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1349/1058>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.
- BARBOSA, A. P.; CONCONE, M. H. V. B. Uma proposta de Paradigma: capacidade funcional e qualidade de vida. *In*: FONSECA, S.C. da. (Org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. 1ed. São Paulo: Portal edições- envelhecimento, 2016. p. 98-111.
- BELÉM, P. L. de O. *et al.* Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.19, n.2, p. 265-276, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4038/403846391007/>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-psiquiat.**, v.52, n.1, p.1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1994000100001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 de agosto de 2018.
- BORGES, M. G.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. *In*: ERVATTI, L. G.; BORGES, G. M.;

JARDIM, A. P (Orgs.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações**. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

BORTOLUZZI, E. C. *et al.* Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v.22, n.1, p. 85-94, 2017. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/9587/pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n.19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF): MS, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 23 de agosto de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção Básica n 19**. 2.ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRITO, S.S. **Funcionalidade familiar e depressão em idosos atendidos em um serviço especializado de atenção à saúde**. 2014. 84 fls. Dissertação (mestrado em cuidado em enfermagem e saúde) - UFPB, João Pessoa, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5143>>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paul Enferm.**, v.30, n.4, p.358-367, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0358.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

CARVALHO, A. T. de. *et al.* Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n.11, p.2449-2461, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n11/2449-2461/pt>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

CHIESI, F. *et al.* The local reliability of the 15-item version of the Geriatric Depression Scale: An item response theory (IRT) study. **Journal of Psychosomatic Research**, v.96, p.84-88, 2017. Disponível em: 10.1016/j.jpsychores.2017.03.013.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.1049-1060, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n5/1049-1060/pt>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

COSTA, C. *et al.* Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.10, n.2, p. 293-300, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5855/3055>>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

DOMÈNECH-ABELLA, J. *et al.* Loneliness and depression in the elderly: The role of social network. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.52, n.4, p.381-390, 2017. Disponível em: 10.1007/ s00127-017-1339-3. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

DOMICIANO, B. R. *et al.* Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Neurociência**, v.22, n.3, p.330-336, 2014. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/971original.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

ERMEU *et al.* Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. **REAS**, v.9, n.2, p.1315-1320, 2017. DOI: <10.25248/REAS98_2017>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

ESTEVES *et al.* Qualidade de vida em idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. **Med. Ribeirão Preto online**, v.50, n.1, p.18-28, 2017. DOI: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i1p18-28>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Rev. Enf. Ref.**, v. IV, n.4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832015000100005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

FERRARI, A. *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. **Psychological Medicine**, v.43, n.3, p.471-481, 2013. Disponível em: 10.1017 / S0033291712001511. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

FERREIRA, J. L. Identidade, educação e visibilidade social: UAMA (Universidade aberta à maturidade) UEPB e envelhecimento através das questões sociais. In: CIEH, 4., 2015, Campina Grande-PB. **Anais CIEH**, v.2, n.1. Campina Grande: realize, 2015.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.6, p.793-799, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>>. Acesso em: 12 de outubro de 2018.

GALVANI, C.; SILVEIRA, N. D. R. Longevidade e psicomotricidade: envelhecer com qualidade de vida. In: FONSECA, S.C. da. (Org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. 1ed. São Paulo: Portal edições- envelhecimento, 2016. p. 418-442.

GARBACCIO, J. L. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **REBEN**, v.71, suppl 2, p.776-784, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0724.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: <http://www.ie.ufjf.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/031120162924_AntonioCarlosGil>

[_ComoElaborarProjetosdePesquisa_EditoraAtlasCopia.pdf](#)>. Acesso em: 22 de outubro de 2018.

GOMES, J. B.; REIS, L. A dos. Descrição dos sintomas de Ansiedade e de Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.4, p.175-191, 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31961/22142>>. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

GUTHS, J. F. da S. *et al.* Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.20, n.2, p.175-185, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4038/403851250003/>>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

IBGE. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Ministério da Saúde. **Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 29 de novembro de 2018.

_____. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população. *In*: ERVATII, L.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. de P. (Orgs.). **Estudos & Análises: Informação demográfica e socioeconômica**. 3.ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica. n.36. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Estudos e pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica. n.38. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101551>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

INOYUE, K. *et al.* Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. **Educ. Pesquisa**, v.44, 2018. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/ep/article/view/143488/138166>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

JIMENEZ, D. E. *et al.* Cultural beliefs and mental health treatment preferences of ethnically diverse older adult consumers in primary care. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 20, n. 6, p.533-542, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21992942>>. Acesso em: 19 de outubro de 2018.

LOPES, G. L.; SANTOS, M. I. P. de O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de

Funcionalidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.18, n.1, p.71-83, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00071.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

MAGALHÃES, J. M. *et al.* Depressão em idosos na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição para a atenção primária. **REME**, v.20, n.947, 2016.

MARINHO, P. E. M. *et al.* Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.50, n.2, p.151-155, 2010. Disponível em: 10.1016/j.archger.2009.03.002. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

MARINHO, M. dos S.; REIS, L. A. dos. Velhice e aparência: a percepção da identidade de idosas longevas. **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n.1, p. 145-160, 2016.

MARQUES, J. F. S. *et al.* Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. **Arq. Ciênc. Saúde**. v.24, n.4, p. 20-24, 2017. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/804/724>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; AGUIAR, I. M.; FERMOSELI, A. F. O. Análise da Depressão Geriátrica em uma Comunidade de Maceió – AL. **Rev. Port.: Saúde e sociedade**, v.2, n.3, p.506-516, 2017.

MELO, N. C. V. de.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v.25, n.1, p.004-019, 2014. Disponível em: <<http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/13829/154-953-1-PB.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

MELLO, E.; TEIXEIRA, M. B. Depressão em idosos. **Revista Saúde**, v.5, n.1, p.42-53, 2011. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

MENESES, I. S.; MENDES, D. R. G. Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, n.2, p. 177-184, 2014. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/138/83>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.2, p. 208-209, 2012.

MOLINA, N. P. F. M. *et al.* Qualidade de vida e morbidades entre idosos com e sem indicativos de depressão. **Rev. de enfermagem e atenção à saúde**, v.7, n.2, p.54-67, 2018. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2218/pdf>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

NERI, A. L. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.52, supl.2:16s, 2018. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000613/0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000613-pt.x83745.pdf>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

NÓBREGA, I. R. A. P. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde debate**, v.39, n.105, p.536-543, 2015.

NÓBREGA, I. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. de O. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 21, n. 2, p. 135-154, 2016. Disponível em: <<https://seer.ufg.br/RevEnvelhecer/article/view/50346/44543>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

NOGUEIRA, I. R. R.; ALCÂNTARA, A. de O. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? **Rev. Kairós Gerontologia**, v.17, n.1, p.263-282, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21203/15497>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

PARADELA, E. M. P. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.10, n.2, p.31-40, 2011. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/6729>>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

PAVARINI, S.C.I. *et al.* Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latinoam enferm.**, v.17, n.3, p.374-79, 2009. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300015>>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

PEREIRA, A. A. da S.; COUTO, V. V. D.; SCORSOLINI-COMIN, F. Motivações de idosos para participação no programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. bras. orientac. prof.**, v.16, n.2, p.207-217, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v16n2/11.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

POWER, M. *et al.* Development of the WHOQOL-Old module. **Quality of Life Research**, v.14, p. 2197-2214, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/7440408_Development_of_the_WHOQOL-old_module>. Acesso em: 12 de outubro de 2018.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psico-USF**, v.21, n.3, p. 663-675, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/324656/1/S1413-82712016000300663.pdf>>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

REIS, L. A. *et al.* Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.20, p.52-58, 2011. Disponível em: <[10.1590/S0104-07072011000500006](https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500006)>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

RICHARDSON, R. J. *et al.* Métodos quantitativos e qualitativos. *In*: RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ed. São Paulo: Atlas, 2015. p.70-89. Disponível em: <<https://acervodigital.ssp.go.gov.br/pmgo/bitstream/123456789/355/8/Livro%20>>

%20Pesquisa%20Social%20%20M%C3%A9todos%20Quantitativos%20e%20Qualitativos%20-%20Cap%C3%ADtulo%205.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2018.

RODRIGUES, G. H. de P. *et al.* Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.104 n.6, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015000600003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

RONCON, J.; LIMA, S.; PEREIRA, M. das G. Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psicologia: teoria e pesquisa**, v.31, n.1, p.87-96, 2015. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/39725/1/Qualidade%20de%20Vida%2c%20Morbilidade%20Psicol%C3%B3gica%20e%20Stress%20Familiar%20em%20Idosos%20Residentes%20na%20Comunidade.pdf>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

SÁ, C. M. C. P. **Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (mestrado em enfermagem) – UFPB, João Pessoa, 2016.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **RECOM**, v.4, n.2, p.1135-1145, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/593/749>>. Acesso em: 13 de novembro de 2018

STEIN, J. *et al.* The assessment of met and unmet care needs in the oldest with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. **Journal of Affective Disorders**, v.193, 309-317, 2016. Disponível em: <[10.1016/j.jad.2015.12.044](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.044)>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

SARAIVA, L. B. *et al.* Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoa idosa. **J. Health Sci.**, v. 19, n. 4, p. 262-7, 2017.

SILVA, M. J. *et al.* Análise psicométrica do Apgar de Família. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.3, p.527-532, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0527.pdf>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.66, n.1, p.45-51, 2017.

SIQUEIRA, G. R. *et al.* Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da Escala de Depressão Geriátrica (EGD). **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, p.253-259, 2009.

SIVERTSEN, H. *et al.* Depression and quality of life in older persons: a review. **Rev. Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, v.40, p.311-339, 2015. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/437299>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

SOUSA, K. A. de. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm.**, v.21, e-1018, p.1-7 2017. DOI: <[10.5935/1415-2762.20170028](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170028)>. Acesso em: 29 de novembro de 2018.

SOUZA, R. A. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n.3, p.469-476, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2018.

TESTON, E. F.; SILVA, A. C. P. da; MARCON, S. S. Percepção de pacientes oncogeriátricos sobre a funcionalidade familiar. **REME**, v.21, e-1032, p. 1-8, 2017. DOI: <10.5935/1415-2762.20170042>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, Brasília, 2012.

VELOSO, A. J. **Envelhecimento, saúde e satisfação**: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida. 2015. Dissertação (mestrado em Gestão e economia da saúde) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Velo%20.pdf>. Acesso em: 05 de novembro de 2018.

VERA, I. *et al.* Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. **REBEn**, v.68, n.1, p.68-75, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0068.pdf>>. Acesso em: 29 de novembro de 2018.

VOLKERT, J. *et al.* The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a metaanalysis. **Ageing Research Reviews**, v.12, n.1, p.339–353, 2013. DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.09.004>>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

XAVIER, A. J. *et al.* English Longitudinal Study of Aging: can internet/email use reduce cognitive decline? *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, v.69, n.9, p.1117-1120, 2014. DOI: <10.1093/gerona/glu105>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

WHO (World Health Organization). Ageing and life-course. **World report on ageing and health**. 2015a. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>. Acesso em: 10 de junho de 2018.

WHO. **Relatório Mundial de envelhecimento e saúde**. 2015b Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

WHO (World Health Organization). **Depression and other common mental disorders: Global health estimates**. Geneva, Switzerland, 2017.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa tem como título “**Sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida em pessoas idosas**” e está sendo desenvolvida pela aluna Rita de Cássia Alves Pereira, do curso de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Lindomar Farias de Belém.

O objetivo geral do estudo é avaliar sintomas depressivos, funcionalidade familiar e qualidade de vida em pessoas idosas.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o envelhecimento saudável, a partir da análise das condições emocionais e de qualidade de vida dos idosos da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA). Além de contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas nessa área.

Solicitamos a sua colaboração para responder ao questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em trabalhos acadêmicos, eventos científicos, bem como publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (*se for o caso*).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

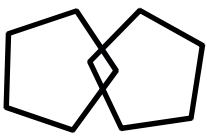
Assinatura do Participante da Pesquisa.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação Temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 – 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 – 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até o entrevistado aprender (máx. 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O sr (a) faz cálculo?	Sim (vá para 4a) Não (Vá para 4b)	1 1
4a	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirássemos mais R\$ 7,00? (total 5 repetições)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse a pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0 – 3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça para o idoso nomeá-los.	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá	1
8. Linguagem (0 – 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o no meio	1

		Coloque no chão	1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para ler e executar a ordem.	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso que escreva uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho: 		1

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS PESSOAIS

NOME:	
SEXO: () Feminino () Masculino	DATA DE NASCIMENTO:
SITUAÇÃO CONJUGAL: () Solteiro(a) () Casado(a)/ convívio com o parceiro () Divorciado(a) () Viúvo(a)	
ESCOLARIDADE: () Fundamental completo () Médio completo () Superior completo () Não estudou () Fundamental Incompleto () Médio Incompleto () Superior incompleto	
RENDA () ATÉ 1 SALÁRIO () 1 À 3 SALÁRIOS () 3 À 6 SALÁRIOS () MAIS QUE 6 SALÁRIOS *Valor do salário mínimo R\$ 954,00.	
ARRANJO FAMILIAR (mora sozinho? Se não, quantas pessoas moram com você?)	
PARTICIPAÇÃO SOCIAL 1. Profissão? 2. Você frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência? 3. Faz algum trabalho voluntário?	
COMO CONSIDERA SUA SAÚDE? () EXCELENTE () BOA () REGULAR () RUIM	
DOENÇAS DIAGNOSTICADAS:	

ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1. Está satisfeito com sua vida?		
2. Interrompeu muitas de suas atividades?		
3. Acha sua vida vazia?		
4. Aborrece-se com frequência?		
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?		
6. Teme que algo ruim aconteça?		
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?		
8. Sente-se desamparado com frequência?		
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?		
11. Acha que é maravilhoso estar vivo?		
12. Sente-se inútil?		
13. Sente-se cheio de energia?		
14. Sente-se sem esperança?		
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?		

ANEXO D – APGAR FAMILIAR

PERGUNTAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
Estou satisfeito pois posso recorrer a minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

ANEXO E- QUESTIONÁRIO DE WHOQOL-OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
8. O quanto você tem medo de morrer?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

- Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)
14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)
16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)
17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)
18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)
19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?
Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)
20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?
Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

22. Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

