

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

VANESSA DE LIMA SILVA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA,  
APOIO FAMILIAR E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE  
IDOSOS COM E SEM SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Natal/RN

2016

VANESSA DE LIMA SILVA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA,  
APOIO FAMILIAR E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE  
IDOSOS COM E SEM SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Ciências  
Farmacêuticas como requisito parcial para  
a obtenção de título de mestre.

Orientadora: Aurigena Antunes de Araújo

Natal/RN

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Sistemas de Bibliotecas – SISBI

Catálogo de publicação na fonte. UFRN – Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

Silva, Vanessa de Lima.

Avaliação da qualidade de vida, terapia comunitária integrativa, apoio familiar e satisfação com os serviços de saúde entre idosos com e sem sintomas de depressão / Vanessa de Lima Silva. - Natal, 2016.

66f.: il.

Orientador: Aurigena Antunes de Araújo.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Idosos - Dissertação. 2. Depressão - Dissertação. 3. Qualidade de vida - Dissertação. 4. Serviços de Saúde - Satisfação - Dissertação. I. Araújo, Aurigena Antunes de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

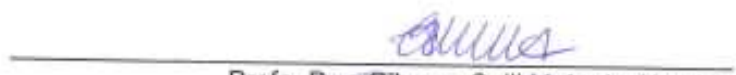
CDU 616-053.9

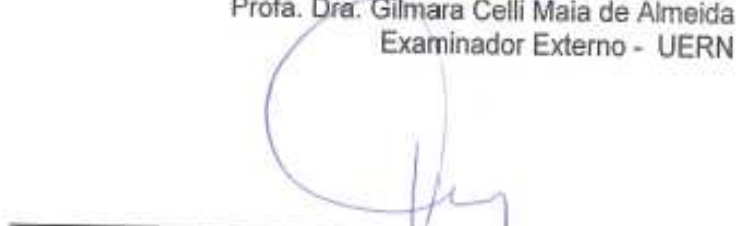
VANESSA DE LIMA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, TERAPIA COMUNITÁRIA  
INTEGRATIVA, APOIO FAMILIAR E SATISFAÇÃO COM OS  
SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS COM E SEM SINTOMAS DE  
DEPRESSÃO**

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Aurigena Antunes de Araújo  
Presidente – UFRN

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Gilmara Celli Maia de Almeida  
Examinador Externo - UERN

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Francisco das Chagas Rodrigues  
Examinador Interno – UFRN

Natal, 28 de Julho de 2016.

“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”

Leonardo da Vinci

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela realização deste trabalho, as equipes do Centro Especializado na Atenção da Saúde do Idoso, Centros de Atenção Psicossocial das zonas Leste e Oeste da cidade de Natal/RN, a minha orientadora Aurigena de Araújo e minhas colegas de pesquisa Jamila Brito e Stphannie Barbosa e a todos os alunos de extensão que nos auxiliaram na coleta dos dados.

Também agradeço o apoio que recebi da minha família para que assim pudesse ter força e coragem para enfrentar os desafios encontrados ao longo do caminho para a realização do curso de mestrado no Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

## RESUMO

A depressão é um transtorno mental que afeta todas as faixas de idade, no entanto com o envelhecimento demográfico da população mundial, se configura como um problema de saúde pública para os idosos, uma vez que pode afetar a qualidade de vida e aumentar o risco de morte nesta fase da vida. Um dos principais desafios para a política de atenção à saúde do idoso, diz respeito ao rastreamento da depressão. Além disso, tão importante quanto rastrear os indivíduos com sintomas de depressão, faz-se necessário identificar fatores que podem contribuir ou agravar esses sintomas. Algumas variáveis podem afetar e agravar a depressão, entre eles, os fatores socioeconômicos, a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde e a relação familiar que podem comprometer a qualidade de vida dos idosos. Sendo assim, o presente trabalho tem o objetivo de comparar entre idosos não institucionalizados que apresentam ou não sintomas de depressão, a qualidade de vida, aspectos sociais, econômicos e clínicos, uso de antidepressivo e/ou ansiolíticos, terapia comunitária integrativa, apoio familiar e a satisfação com os serviços de saúde. Trata-se de um estudo transversal do tipo caso-controle, sendo os casos formados por indivíduos com *score* maior que 5 na Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e os controles, idosos com *score* na EDG menor ou igual a 5, realizado no Centro de Apoio Psicossocial das zonas Oeste e Leste e Centro Especializado na Atenção à Saúde do Idoso, respectivamente na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: Questionário Socioeconômico Demográfico e Clínico, Family Assessment Device (FAD), World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) e de Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde (SATIS-BR). Variáveis sócio-demográficas e clínicas entre os grupos caso e controle foram comparados usando o teste qui-quadrado e análise de variância (ANOVA). Os escores do WHOQOL-BREF, FAD, e SATIS-BR escores foram comparados usando ANOVA. Foram considerados significantes os valores de  $p < 0,05$ . O grupo de casos foi formado por 54 idosos e o controle foi formado por 61 idosos. No grupo de casos 51,85% possui diagnóstico de depressão e no grupo controle 27,87%, apresentando um  $p = 0,007$ . Quanto à qualidade de vida, o grupo de casos apresenta um comprometimento no domínio das relações sociais ( $p = 0,003$ ). O FAD identificou a solução de problemas como principal comprometimento familiar sendo para os casos, valores  $2,09 \pm 0,70$ , enquanto controles  $2,04 \pm 0,54$  ( $p = 0,040$ ). Quanto à satisfação com os serviços de saúde na faceta satisfação com o local onde é oferecido o serviço, o grupo de casos apresentou maior satisfação, ( $3,03 \pm 1,04$ ), enquanto os controles ( $2,92 \pm 0,80$ ) estavam menos satisfeitos ( $p = 0,007$ ). A baixa renda e escolaridade da população idosa contribuem para o aparecimento dos sintomas depressivos. Porém, a terapia farmacológica com antidepressivos/ansiolíticos não se mostra totalmente eficaz na remissão dos sintomas depressivos e a terapia comunitária integrativa se mostra como uma estratégia associada a terapia farmacológica para tratamento dos sintomas depressivos.

Palavras-chave: Idosos. Depressão. Qualidade de vida. Terapia comunitária integrativa. Satisfação com os serviços de saúde.

## ABSTRACT

Depression is a mental disorder that affects people of all age groups. However with the aging of the world population, it became a public health problem for the eldest population, since it affects the quality of life and increases the risk of death at this stage of life. One of the main challenges that needs specific attention is the health of the elderly. In addition to this, the act of screening depression is equally important. Moreover, it's necessary to trace individuals with symptoms and identify factors that can possibly contribute or even worsen these symptoms. Some aspects can affect and worsen depression including socio-economic factors and patient satisfaction with health services and family relationship. All of these can compromise the quality of life of the elderly. Therefore, the present study aims to make a contrast between non-institutionalized elderly people who have or not depression symptoms and also considering the quality of life, social aspects, economic and clinical use of antidepressants and / or other drugs against depression, integrative community therapy, family support and satisfaction with health services. This is a cross-sectional study of cases formed by patients with scores greater than 5 in Geriatric Depression Scale (GDS) and the controls of the elderly with lower or equal score of 5 in GDS. It was conducted in a psychosocial support center of the west and east zones and in the specialized elderly health center, respectively in the city of Natal, Rio Grande do Norte Brazil. The following instruments have been used to collect data: a demographic and socioeconomic clinical quiz, family assessment device (FAD), world health organization quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and the User Satisfaction Rating Scale with Health Services (SATIS -BR). Socio- demographic and clinical concerns between the case and control groups were compared using the chi-squared test and analysis of variance (ANOVA). The scores of the WHOQOL-BREF, FAD, and SATIS-BR scores were also compared using ANOVA.  $p$  values  $\leq 0.05$  were taken into account. The Group was composed of 54 cases of old people and the control was made up of 61. At 51.85% of cases group have had a diagnosis of depression and 27.87% in the control group, showing a  $p = 0.007$ . As to the quality of life, the Group of cases presenting a commitment in the field of social relations ( $p = 0.003$ ). The FAD has identified a solution for main family commitment cases of,  $2.09 \pm 0.70$  values, while  $2.04 \pm 0.54$  controls ( $p = 0.040$ ). Regarding satisfaction with health services in facet satisfaction with the place where the services are offered, the Group of cases showed the highest satisfaction ( $3.03 \pm 1.04$ ), meanwhile the controls ( $2.92 \pm 0.80$ ) were less satisfied ( $p = 0.007$ ). Low income and education of the elderly population contributes to the onset of depressive symptoms. Although, pharmacological therapy with antidepressants and drugs against anxiety don't totally effective reverse the depressive symptoms. On the other hand, the integrative community therapy shows itself a great strategy when associated with the pharmacological therapy for the treatment of depressive symptoms.

**Key Words:** Elderly. Depression. Quality of life. Integrative community therapy. Satisfaction with health services.



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Gráfico de valores absolutos de antidepressivos e/ou ansiolíticos usados pelos indivíduos do grupo de casos..... 32

**Figura 2:** Gráfico de valores absolutos de antidepressivos e/ou ansiolíticos usados pelos indivíduos do grupo controle..... 33

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.....	31
<b>Tabela 2</b> - Características clínicas dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.....	32
<b>Tabela 3</b> - Descrição das médias do questionário WHOQOL – Abreviado dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.....	34
<b>Tabela 4</b> - Descrição das médias do questionário Family Assessment Device dos 95 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.....	35
<b>Tabela 5</b> - Descrição das médias do questionário SATIS – BR dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.....	35

## **LISTA DE SIGLAS**

<b>CAPS</b>	Centro de Apoio Psicossocial
<b>CEASI</b>	Centro Especializado na Atenção à Saúde do Idoso
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>EDG</b>	Escala de Depressão Geriátrica
<b>FAD</b>	Family Assessment Device
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>SATIS-BR</b>	Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde
<b>TCI</b>	Terapia Comunitária Integrativa
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>WHOQOL-ABREV.</b>	World Health Organization Quality of Life-BREF

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>O envelhecimento populacional mundial.....</b>	<b>15</b>
3.1.1	Envelhecimento populacional no Brasil.....	15
<b>3.2</b>	<b>Depressão na população idosa.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3</b>	<b>Terapia farmacológica na depressão.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4</b>	<b>O sistema de saúde e a Terapia Comunitária Integrativa como forma de enfrentamento dos problemas de saúde que acometem a população idosa.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5</b>	<b>Qualidade de vida na terceira idade.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>Grupos de estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>4.4</b>	<b>Crítérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>26</b>
<b>4.5</b>	<b>Cálculo do tamanho da amostra e amostragem.....</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Instrumentos da coleta de dados.....</b>	<b>27</b>
4.6.1	Questionário Socioeconômico e Demográfico.....	27
4.6.2	Variáveis Clínicas.....	27
4.6.3	WHOQOL – Abreviado (World Health Organization Quality of Life-BREF).....	28
4.6.4	Family Assessment Device – Plano de Avaliação Familiar.....	28
4.6.5	Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde (SATIS – BR).....	29
<b>5</b>	<b>Análise Estatística.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>41</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural dos seres vivos, decorrente de mudanças que ocorrem gradualmente no organismo e que são inevitáveis e estão ligadas à idade. A progressão desse fenômeno no ser humano provoca o desgaste orgânico, alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais dos indivíduos (CIOSAK, 2011). O envelhecimento torna o indivíduo mais vulnerável ao acometimento de doenças e isolamento social, o que o expõe à fragilidade e exclusão de alguns seguimentos da sociedade.

A depressão tem se tornado um transtorno mental comum na vida de pessoas que estão envelhecendo e à medida que a população idosa mundial cresce, a depressão pode vir a se tornar um problema de saúde pública crescente (SOLHAUG, 2012). A depressão em idosos está entre as principais doenças mentais incapacitantes, afetando negativamente esses indivíduos, e comprometendo a qualidade de vida, a cognição, a memória e as relações sociais (RAMAPRASAD, 2015).

Um primeiro desafio as mudanças demográficas globais diz respeito a uma política de atenção à saúde do idoso, que possa rastrear precocemente os distúrbios mentais. Sabe-se que a detecção precoce da depressão no idoso permite um tratamento mais efetivo e com maiores chances de sucesso (BYERS, 2012; GALLAGHER, 2010; KESLLER; 2010).

Dessa forma existe a necessidade de se estabelecer uma rotina nos serviços de saúde para o rastreamento dos sintomas depressivos no idoso utilizando-se instrumentos tais como a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Segundo Montorio (1996), o EDG oferece medidas válidas e confiáveis no rastreamento da depressão em idosos ambulatoriais. A EDG com 15 itens é uma versão curta da escala original, a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreamento dos transtornos do humor em ambulatorios gerais, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (PARADELA, 2005).

A identificação dos portadores de sintomas de depressão é fundamental, pois pode identificar precocemente a doença e desencadear o encaminhamento dos pacientes aos serviços especializados de saúde mental.

Tão importante quanto o diagnóstico dos sintomas, faz-se necessário a identificação dos fatores de risco relacionados aos sintomas da depressão. Algumas variáveis podem afetar tanto o diagnóstico, quanto o agravamento da depressão na população idosa, sendo eles os fatores socioeconômicos, a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde e a relação familiar que por sua vez podem comprometer a qualidade de vida dos idosos (DE ARAÚJO, 2016, BOKWALA, 2011). Por outro lado as terapias farmacológicas, bem como novas modalidade terapêuticas, tal como a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) podem se configurar como modalidade de tratamento a depressão, que venham a contribuir em diferentes dimensões na vida dos indivíduos. A TCI é uma ferramenta terapêutica para articular os pacientes com distúrbios psiquiátricos, entre eles o idoso com depressão (GAZABIM, 2007).

Assim, no interior de um contexto complexo no qual idosos com sintomas ou não de depressão se integram, faz-se necessário comparar a sua qualidade de vida, aspectos sociais, econômicos e clínicos, entre eles o uso de medicamentos, TCI, relação entre o idoso e família, como também a satisfação dos idosos com os serviços de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Comparar entre idosos não institucionalizados com e sem sintomas de depressão, fatores que possam estar relacionados à depressão tais como a qualidade de vida, aspectos sociais, econômicos e clínicos, apoio familiar e satisfação com os serviços de saúde.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Verificar quais idosos possuem sintomas de depressão por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG);
- Comparar os aspectos sociais, econômicos e clínicos entre idosos com e sem sintomas de depressão;
- Comparar o uso de antidepressivos e terapia comunitária integrativa entre idosos com e sem sintomas de depressão
- Comparar a qualidade de vida por meio do questionário World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL – Abreviado) entre idosos com e sem sintomas de depressão;
- Comparar a participação familiar nas decisões e apoio familiar em relação ao idoso por meio da aplicação do Family Assessment Device (Plano de Apoio Familiar - FAD) entre idosos com e sem sintomas de depressão;
- Comparar a satisfação dos usuários idosos com os serviços de saúde oferecidos nos CAPs das zonas Leste e Oeste e CEASI na cidade de Natal/RN entre idosos com e sem sintomas de depressão por meio da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde (SATIS-BR).

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 O envelhecimento populacional mundial**

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009). Os idosos enfrentam desafios que estão associados com as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem no organismo com o processo natural de envelhecimento (ABDUL, 2016).

O envelhecimento da população mundial já está se tornando uma realidade evidente, mesmo nos países mais pobres, e apesar da melhora dos parâmetros de saúde das populações em relação ao século passado, esses parâmetros ainda não estão distribuídos de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, porém o envelhecer não é mais um privilégio de poucos (BUJANG, 2012; CARVALHO, 2003).

A população idosa mundial, ou seja, pessoas acima de 60 anos, possui atualmente um crescimento mais rápido do que outros grupos de idade, o que se espera ter em 2025 um total de cerca de 1,2 milhões de pessoas com mais de 60 anos e que em 2050 haverá 2 bilhões de pessoas idosas, com a maior parte dessa população vivendo em países em desenvolvimento. O envelhecimento da população têm se tornado um dos maiores triunfos da humanidade, porém também é um dos maiores desafios dos últimos tempos, pois o envelhecimento da população global exige um aumento nas demandas econômicas e sociais em todos os países em que esse fenômeno ocorre. Portanto, para que as populações que estão em envelhecimento consigam ser ativas é necessário que os governantes planejem e criem políticas e programas para a melhoria da saúde, participação e segurança dessa população em envelhecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

##### **3.1.1 Envelhecimento populacional no Brasil**

O Brasil tem acompanhado as mudanças globais da estrutura demográfica populacional. No ano de 2000, 17% dos idosos, de ambos os sexos tinham 80 anos ou mais de idade, em 2050 corresponderão, provavelmente, a aproximadamente



28%. Entre as mulheres, essa porcentagem passará de 18% para em torno de 30,8%. Isso significará um grande envelhecimento da população idosa (CARVALHO, 2008).

A Lei 8.842 da Política Nacional do Idoso (PNI) foi promulgada em 1994 no Brasil e regulamentada pelo decreto nº 194 (BRASIL, 1994) e tem por objetivo garantir os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação de forma efetiva na sociedade, tendo a família, a sociedade e o estado o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. Entre as competências dos órgãos e entidades públicos estão garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação e criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

A criação de políticas públicas para promoção da saúde e para manter os idosos ativos na sociedade é de total importância para que essa população em envelhecimento tenha oportunidades de conseguir uma melhor qualidade de vida e menores riscos de adoecimento, aumentando assim sua expectativa de vida.

O envelhecimento da população possui implicação direta com as políticas públicas do país, sendo que essas políticas destinadas aos idosos devem levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia do idoso, de participação na sociedade, de cuidado e de autossatisfação (VERAS, 2009).

A transição demográfica Europeia ocorreu a partir do significativo desenvolvimento social e de aumento de renda da população e no Brasil a transição demográfica ocorreu a partir de um processo mais acelerado de urbanização, sem que houvesse aumento da renda da população. O país experimentou um declínio significativo da mortalidade e uma alta taxa de fecundidade entre os anos de 1940 e 1960, o que fez com que a população se tornasse jovem e com crescimento mais acelerado. Após os anos de 1960, a taxa de fecundidade da população sofreu uma redução, tendo se iniciado nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões com maior desenvolvimento, e posteriormente se generalizou e iniciou-se o processo de transição de faixas etárias mais jovens para mais velhas na população (CARVALHO, 2003).

O aumento da urbanização da população brasileira alterou significativamente as formas de trabalho dessa população, o que passou a gerar um maior custo de vida, jornadas de trabalho mais intensas e uma incorporação da mulher como classe trabalhadora. Já a expectativa média de vida dos brasileiros nos últimos 50 anos aumentou em quase 25 anos, mesmo que não se tenha observado melhoras nas condições de vida da população e de serviços de saúde (NASRI, 2008).

O Brasil é um país que está em desenvolvimento e sua população idosa vem crescendo de forma acelerada e se faz necessário o empenho dos governantes para que essa população consiga ter qualidade de vida aos anos adicionais de suas vidas através de políticas de saúde e inserção social.

### **3.2 Depressão na população idosa**

A epidemiologia das doenças que acometem a população idosa sofreu mudanças com a transição demográfica ocorrida no país, pois em uma população jovem as doenças são caracterizadas por um perfil de doenças infecto-contagiosas e na população idosa o perfil é de doenças crônicas e o aumento dessas doenças que atingem essa população leva a uma maior ingestão de medicamentos e uma maior quantidade de realização de exames e maior utilização dos serviços de saúde, mas que não limitam a qualidade de vida dessas pessoas quando há um controle das doenças crônicas, pois podem ter uma vida independente e produtiva (NASRI, 2008).

Na população envelhecida, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais frequentes que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional desencadeando um importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual como problemas familiares em decorrência da doença (PENNINX, 2000).

Os transtornos mentais comprometem significativamente a vida dos idosos, pois os episódios depressivos associam-se a resultados negativos, o que pode levar ao aumento da fragilidade e deficiência e a perda da independência tanto física quanto psíquica (COVINSKY, 2010; RAMAPRASAD, 2015).

Os transtornos psiquiátricos, em especial a depressão, estão relacionados à deficiência e declínio funcional, menor qualidade de vida, aumento da demanda de serviços de saúde e de profissionais para que possam atender as necessidades da

população em estado de vulnerabilidade e risco de adoecimento psicológico (RAMAPRASAD, 2015).

A depressão afeta os fatores físicos, sociais, culturais e psicológicos dos indivíduos em estado de vulnerabilidade, o que repercute negativamente na qualidade de vida e saúde dessas pessoas (CIOSAK, 2011).

Os quadros depressivos têm características peculiares, pois há uma diminuição da resposta emocional e surgem os demais sintomas como diminuição do sono, a perda do prazer pelas atividades habituais, lembranças do passado que podem deixá-los mais tristes e perda de energia para realizar suas atividades do dia a dia e atividades de lazer (FORLENZA, 1997).

Um dos possíveis mecanismos envolvidos no surgimento da depressão seria a ruminação depressiva, considerada como uma estratégia emocional de adaptação e um importante fator etiológico que explica o aparecimento da depressão, pois trata-se de algo repetitivo com sintomas de angústia e suas causas e consequências (NOLEN, 2008). Evidências empíricas sugerem que a ruminação depressiva é sustentada por deficiências cognitivas básicas como a dificuldade de inibir a informação negativa no nível de atenção (JOORMANN, 2010; WATKINS, 2014).

Estudos identificam entre as principais características associadas à depressão, variáveis demográficas, tais como idade avançada e ser do sexo feminino, (CACCIATORE, 1998;) condições de saúde, como o declínio do estado funcional, doenças crônicas e prejuízo cognitivo, além das condições sociais precárias (MANN, 2001; KOIZUMI, 2005). Essas condições levam o idoso a um quadro de retração social, o qual lhe torna incapaz de interagir socialmente com outras pessoas, o que lhe traz mais prejuízos para a saúde.

A depressão, por ser uma doença psiquiátrica prevalente na população idosa, se torna um fator de risco para a diminuição da capacidade funcional desses indivíduos e aumento da mortalidade precoce em idosos (BYERS, 2012).

A detecção precoce da depressão permite um tratamento mais efetivo e com maiores chances de sucesso, contudo, o diagnóstico da depressão no idoso se mostra mais difícil quando comparado ao indivíduo jovem (CHARNEY, 2003; GALLAGHER, 2010; KESSLER, 2010).

O idoso deprimido pode apresentar os sintomas depressivos de várias formas, com queixas que podem ser confundidas com outras enfermidades. Muitas vezes eles procuram um clínico geral quando os sintomas físicos se tornam um

modo de expressar os sintomas psíquicos da doença em decorrência da depressão. Os sintomas mais comuns apresentados que o levam a procura médica geralmente são tristeza, perda de interesse por atividades, ausência de sono, anorexia e perda de peso (CARVALHO, 2004).

Pessoas que moram sozinhas podem estar em maior risco de desenvolver depressão, pois quanto maior o número de pessoas que moram em um mesmo domicílio, menores são as chances de se desenvolver depressão. O suporte social e ausência de conflitos graves podem estar relacionados à proteção psicológica dos indivíduos (LIMA, 1999). A ausência de convívio social pode ser um fator desencadeante para o desenvolvimento de depressão em idosos, o que torna importante as relações sociais no ambiente ao qual o idoso está inserido e a atenção na investigação da depressão em idosos.

Os idosos que possuem uma vida social mais ativa são mais longevos e possuem melhor qualidade de vida, além de menor chance de desenvolver sintomas depressivos (BYERS, 2012). Suas chances de ter uma vida social mais ativa são aumentadas quando a sociedade como um todo considera o contexto social e familiar desses idosos e lhes ajudam a redescobrir as suas possibilidades no seu contexto, desconsiderando a cultura que temos em que os idosos são desvalorizados e limitados no contexto social (CIOSAK, 2011).

Estudos relatam que existe uma correlação entre apoio social familiar e a redução da depressão em idosos (AKSULLU, 2004). O apoio familiar é um fator importante para a proteção psicológica dessa população, pois a atenção e cuidado com o idoso pode levar a identificação dos sintomas depressivos por familiares, o que auxiliaria no diagnóstico mais ágil e tratamento do indivíduo doente.

De acordo com TOLEDO (2006), a depressão no idoso frequentemente é secundária por estar associada a outras doenças como Parkinson, câncer, demência, diabetes, hipertensão como também ao uso de medicamentos para as doenças crônicas. Além de se ter o declínio da vida profissional, da reprodutividade, diminuição de renda, do poder de decisão, morte de familiares e amigos. Todas essas situações torna o idoso um indivíduo que se sente incapaz e se torna depressivo por se sentir excluído do contexto na sociedade.

A investigação da depressão em idosos torna-se cada vez mais importante, tendo em vista que é uma enfermidade que atinge grande parte da população idosa e que precisa de maior atenção, pois é uma ocorrência natural do envelhecimento e

que não pode ser negligenciada, pois causa grandes danos a qualidade de vida dessa população, assim como de seus familiares, gerando custos elevados para a sociedade em geral (LIMA, 1999). No entanto, pouca atenção tem sido dada para atender as demandas de transtornos psiquiátricos dessa população, pois o setor da saúde psiquiátrica ainda encontra-se despreparado para atender a demanda de uma população cada vez mais envelhecida e com doenças crônico-degenerativas que levam a limitações funcionais e cognitivas (RAMAPRASAD, 2015).

### **3.3 Terapia farmacológica na depressão**

A terapia farmacológica com antidepressivos é uma importante estratégia para que se consiga ter sucesso na remissão dos sintomas depressivos em idosos. Esta terapia inclui também a resolução dos sintomas residuais e a prevenção dos sintomas depressivos para garantir a recuperação das funções e papéis sociais do idoso na sociedade (KNOCHEL, 2015).

Entre os principais classes farmacológicas de antidepressivos estão os antidepressivos tricíclicos e os inibidores seletivos da captura de 5-hidroxitriptamina, comumente denominados inibidores seletivos da recaptação de serotonina (RANG, 2007).

Os antidepressivos tricíclicos são amplamente utilizados na prática clínica e incluem a imipramina, clomipramina, desipramina, doxepina, amitriptilina e nortriptilina. Esses fármacos antidepressivos tem como principal mecanismo de ação bloquear a recaptura das aminas pelas terminações nervosas por competição pelo sítio de ligação do transportador de aminas (RANG, 2007).

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina incluem fluoxetina, fluvoxamina, citalopram e sertralina como principais representantes da classes farmacológica. Estes fármacos mostram seletividade pela captura de serotonina e possui menor probabilidade de causar efeitos colaterais anticolinérgicos que os tricíclicos e são menos perigosos em uma superdosagem (RANG, 2007).

A literatura mostra que a adesão e eficácia do tratamento antidepressivo é uma questão de vários fatores que estão associados, como o sistema de saúde, comunicação e interação com o profissional de saúde e fatores sociais e econômicos (LIN, 2008).

A adesão aos fármacos antidepressivos é um fator significativo para o sucesso do tratamento dos sintomas da depressão na prática clínica e quando há a não adesão ao tratamento antidepressivo, os resultados podem ser o aumento do risco de recaídas e recorrência de episódios depressivos e o aumento dos custos de cuidados em saúde (CANTRELL, 2006).

O uso de fármacos antidepressivos é de suma importância para que haja a remissão dos sintomas da depressão e o indivíduo em adoecimento psicológico possa ter suas capacidades físicas, psíquicas e sociais reestabelecidas.

### **3.4 O Sistema de saúde e a Terapia Comunitária Integrativa como forma de enfrentamento dos problemas que acometem a população idosa**

No contexto atual da edição da Política Nacional de Saúde do Idoso, e o veloz processo de envelhecimento que ocorre no Brasil, os esforços tendem a concentrar-se em manter o idoso na comunidade com apoio social junto à sua família da forma mais digna e confortável possível (NEGRI, 2004).

A depressão têm afetado muitas pessoas idosas, trazendo consequências para a saúde como um todo e aumentando o risco de morte nesta população (BYERS, 2012).

Desde o final do século XX e início do XXI, o Ministério da Saúde têm trabalhado para implantar o modelo comunitário de atenção à saúde, porém algumas áreas do cuidado ainda necessitam de tecnologias para poder expandir as suas ofertas de serviço. A área de saúde mental busca estratégias para enfrentar essa problemática, pois ao longo da sua trajetória, foi construído um modelo de cuidado hospitalocêntrico e sua reversão está sendo possível com a reforma psiquiátrica que têm dado ênfase à construção de um modelo de base comunitária (DE ANDRADE, 2012).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) foi originada em Fortaleza, capital do Ceará, na Universidade Federal do Ceará, criada pelo antropólogo e psiquiatra Dr. Adalberto de Paula Barreto e instituída em comunidades nas quais existem pessoas que apresentam sofrimento emocional, como depressão. A TCI se espalhou para outras cidades e tornou-se parte de formas de estratégias de saúde nos estados brasileiros, além de países como a França e Suíça. A TCI é considerada como uma estratégia para manter uma boa qualidade de vida da população em sofrimento

psicológico, na qual os participantes relatam seus problemas diários e ansiedades que se tornam um sofrimento psíquico (DE ANDRADE, 2012).

Entre os espaços de acolhimento da comunidade, estão os CAPS que são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de transtornos mentais (GAZABIM, 2007) e o CEASI nos quais são realizadas as reuniões de TCI, nas quais a comunidade idosa tem participação neste contexto que envolve a TC como ferramenta terapêutica para articular os pacientes com distúrbios (BRASIL, 2004). Portanto, os centros de apoio são de fundamental importância para a reinserção desses idosos na sociedade e com isso melhorar os quadros de depressão registrados em alguns idosos que procuram o serviço de saúde em busca de lazer e saúde e uma melhor forma de enfrentar a problemática da depressão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011) (OMS) a reabilitação social é um processo abrangente e não simplesmente uma técnica, dessa forma representa um processo que oferece aos indivíduos com transtorno mental a oportunidade de atingir o seu potencial funcional de forma independente na comunidade. A reabilitação psicossocial deve permitir que pessoas com incapacidades possam ganhar ou recuperar aptidões necessárias para a vida na comunidade. Este processo deve possibilitar ao sujeito em sofrimento psíquico à reconstrução de seu cotidiano a partir da produção de sentidos e da inserção em seu contexto social.

As TCIs realizadas nos CAPS e CEASI são de fundamental importância para que os idosos que participam das reuniões se sintam mais valorizados e com potencial físico e psicológico para realizarem as suas atividades diárias, pois recebem nestes locais o apoio de profissionais que o fazem se sentirem mais úteis no contexto da sociedade, inseridos na comunidade e na sociedade como um todo.

O apoio social se torna importante para o idoso pelo efeito de desenvolvimento da capacidade do indivíduo lidar com perdas que o acompanham no envelhecimento e também para a melhora sua saúde e assim têm-se a diminuição do risco de inúmeras doenças que surgem com o avanço da idade, ajuda a lidar com mortalidade e outros fatores de riscos que possam estar relacionados com o avanço da idade (LINO, 2013). Portanto o apoio social se torna de extrema importância durante a velhice, pois o desenvolvimento das doenças crônicas, perdas e doenças psiquiátricas aumentam a necessidade de apoio social para essa população em risco.

### 3.5 Qualidade de vida na terceira idade

Qualidade de vida segundo a Organização Mundial da Saúde (2002) é a percepção do indivíduo de acordo com a sua posição na vida no contexto cultural e de sistema de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrão de vida e preocupações. Sendo assim, uma boa qualidade de vida é aquela que oferece as condições necessárias para que o indivíduo possa desenvolver suas potencialidades vivendo, sentindo e/ou amando, trabalhando, produzindo bens e serviços ou simplesmente existindo.

A percepção de qualidade de vida dos pacientes idosos geralmente está relacionada com a saúde, sentimentos positivos, convivência com familiares e amigos, capacidade de envolver-se em atividades de lazer, e ter recursos para atender suas necessidades e estar inserido no contexto da sociedade para que possa se sentir útil para desenvolver suas capacidades adquiridas ao longo da vida. (PASKULIN, 2010). A depressão impacta diretamente nestes fatores, acarretando dificuldades nas relações interpessoais, busca por novas atividades de lazer ou trabalho (RAMAPRASAD, 2015; COVINSKY, 2010), tornando o idoso em sofrimento psíquico retraído e excluído de alguns seguimentos da sociedade.

Na população idosa, a saúde e qualidade de vida sofrem influência de múltiplos fatores como os fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais e que se tornam importantes, para manter a saúde e qualidade de vida dessa população, promover e avaliar a saúde desses indivíduos considerando os variados fatores com abordagens interdisciplinar e multidimensional. A manutenção da qualidade de vida da população idosa deve levar em conta o processo de perda pelo envelhecimento e o que pode ser feito para a prevenção, manutenção e reabilitação do estado de saúde do indivíduo (CIOSAK, 2011).

Fatores como acesso a saúde, oportunidades de socialização, relacionamentos e recursos financeiros associam-se fortemente à satisfação com a vida e a capacidade funcional. Por outro lado, a incapacidade funcional desenvolvida a partir dos sintomas depressivos nos idosos impacta negativamente no que diz respeito a hábitos de higiene pessoal, autocuidado, autodireção, relações interpessoais entre familiares, amigos e sociais, aprendizagem e recreação (RAMAPRASAD, 2015). Nesse contexto, o impacto da doença psiquiátrica não se



limita apenas ao próprio indivíduo, mas afeta os membros da família, amigos e seu círculo social.

Considerando que os sintomas depressivos repercutem significativamente nas relações interpessoais desses idosos, há reflexo em todos os aspectos das relações com familiares e amigos, onde o idoso se torna retraído e excluído do contexto da sociedade, o que leva a perda de oportunidades de cultura, lazer e saúde e conseqüentemente menor qualidade de vida em todos os aspectos relacionados a aspectos psicológico, social e ambiental.

Um desafio a ser ultrapassado em relação à atenção à pessoa idosa é que os profissionais de saúde possam contribuir para que ela possa viver com uma boa qualidade de vida através da redescoberta de suas possibilidades, apesar das limitações que lhe são naturalmente e progressivamente impostas. As chances desses indivíduos terem uma melhor qualidade de vida lhe são aumentadas quando a sociedade considera o contexto familiar e social e reconhece suas possibilidades como pessoas idosas, pois a maior parte das dificuldades encontradas por esta população está relacionada a uma cultura que os desvaloriza e limita-os (CIOSAK, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), é necessário que o idoso permaneça ativo mantendo o seu potencial físico, social e mental ao longo de sua vida, o que irá permitir sua participação em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas, o que pode ser incentivado através de políticas de promoção à saúde e resultará em um efeito positivo na qualidade de vida desses idosos, tornando-os menos vulneráveis ao acometimento de depressão, pois fará com que o idoso inserido nas atividades da sociedade se ainda se sinta com capacidade de ter uma vida saudável e independente.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle realizado com pacientes idosos não institucionalizados.

O estudo foi realizado no Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso (CEASI) e nas unidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da zona Leste e Oeste da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, após a autorização da Secretaria de Saúde da cidade de Natal/RN através do termo de anuência emitido pela mesma após apresentação de documentos para realização do estudo. Os idosos que participaram do estudo foram avaliados no período entre julho de 2013 a janeiro de 2016 nas unidades citadas.

### 4.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com parecer número 308.766. Os idosos que aceitaram participar do estudo foram informados da forma como seria realizada a coleta dos dados e assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### 4.3 Grupos de estudo

A definição dos grupos foi feita a partir do rastreamento dos idosos que pudessem participar do estudo obedecendo-se aos critérios de inclusão. O grupo de casos foi formado por indivíduos idosos com *score* da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) igual ou maior que 5 e grupo controle foi formado por indivíduos idosos que apresentaram o *score* da EDG menor que 5.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al (1983), a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com

perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Entre as suas vantagens destacam-se: é composta por perguntas fáceis de serem entendidas; tem pequena variação nas possibilidades de respostas; pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

A EDG com 15 itens é uma versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreamento dos transtornos do humor em ambulatorios gerais, assim como em outros ambientes não especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (PARADELA, 2005).

A partir da utilização da EDG, foram definidos os grupos de estudo, no qual o grupo de casos foi constituído por idosos que atingiram pontuação igual ou maior a 5 pontos na escala e o grupo controle foi o de idosos que apresentaram pontuação menor que 5 pontos na escala. (Anexo)

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Para participar do estudo, o indivíduo deveria ter 60 anos ou mais de idade e fazer parte do serviço de saúde.

Foram excluídos do estudo os idosos que não atingiram a pontuação no Mini Mental de acordo com a sua escolaridade. Para os indivíduos analfabetos a pontuação deveria ser igual ou maior que 11 pontos, enquanto que para os indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridades deveriam atingir pontuação igual ou maior a 22 pontos e indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade deveria atingir pontuação igual ou maior a 27 pontos.

O Mini Mental é um instrumento para avaliar a disfunção cognitiva global. É um instrumento breve de fácil aplicação e amplamente utilizado (FOLSTEIN, 1975). Pode ser utilizado para rastreamento durante a fase de triagem para detecção de declínio cognitivo (PARK, 2013).

O teste avalia domínios como orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e habilidade construtiva. (Anexo).

#### 4.5 Cálculo do tamanho da amostra e amostragem

Para calcular o tamanho da amostra adequado, foi utilizado um intervalo de confiança de 95% e um erro amostral tolerável de 15% (LOPES, 2015), tendo em vista a população infinita e a prevalência de 42,9% de idosos com depressão, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = z^2 \alpha / 2P(1 - P) / \epsilon^2$$

onde n é o tamanho da amostra,  $z\alpha / 2$  é o intervalo de confiança, P é a prevalência, N é a população, e  $\epsilon$  é o erro de amostragem tolerável. De acordo com este cálculo, o tamanho da amostra foi de 41,2 pacientes, aumento de 20%.

A amostragem foi não probabilística, de conveniência, que selecionou os indivíduos que estavam no serviço de saúde à espera de atendimento médico.

#### 4.6 Instrumentos de coleta de dados

Os questionários para a coleta de dados foram aplicados em forma de entrevista aos idosos por pesquisadores treinados e calibrados.

##### 4.6.1 Questionário Socioeconômico e Demográfico

Para o questionário Socioeconômico e Demográfico foram investigados os seguintes dados: idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, tipo de moradia, renda individual e familiar.

##### 4.6.2 Variáveis Clínicas

No mesmo questionário utilizado para coleta dos dados Socioeconômico e Demográfico, foram investigados os dados clínicos, sendo eles: diagnóstico de depressão confirmado pelo médico (em algum momento da vida), uso de antidepressivos (em algum momento da vida), comorbidades (hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia), acesso a consultas médicas, e se frequenta TCIs, que são oferecidas pelos centros de atendimento (DE ARAÚJO, 2016). (Anexo)

#### 4.6.3 WHOQOL – Abreviado (World Health Organization Quality of Life-BREF)

O WHOQOL – Abreviado consiste de um instrumento para avaliação da qualidade de vida elaborado pela OMS e foi traduzido e validado no Brasil por Fleck (2000).

Este instrumento possui 26 questões, com 2 questões gerais sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde e as demais 24 questões formam os domínios físico, psicológico, ambiental e de relações sociais.

Nesta escala de avaliação da qualidade de vida, quanto maior a média dos grupos, melhor será a qualidade de vida dessas pessoas e para se avaliar essa escala é feita as médias das questões que formam os domínios físico, psicológico, ambiental e de relações sociais. (Anexo)

#### 4.6.4 Family Assessment Device – Plano de Avaliação Familiar

O Family Assessment Device – plano de avaliação familiar (FAD) foi desenvolvido para avaliar as seis dimensões do Modelo de McMaster de funcionamento familiar (EPSTAIN, 1983).

O FAD é dividido em 7 escalas com 60 afirmações ao todo para avaliação da relação familiar. As seis primeiras escalas do FAD avaliam a resolução de problemas, comunicação, função, respostas afetivas, envolvimento afetivo e controle comportamental e a sétima escala avalia o funcionamento geral familiar (MANSFIELD, 2015).

O FAD tem sido amplamente utilizado na investigação e na prática clínica para triagem para identificar famílias com problemas e na identificação de domínios específicos em que as famílias estão enfrentando problemas.

Para a avaliação desse instrumento faz-se as médias de cada escala do instrumento para os grupos e nesta avaliação quanto maior a média, pior será o funcionamento familiar. (Anexo)

#### 4.6.5 Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde (SATIS – BR)

A satisfação dos pacientes com os serviços será avaliada por meio da versão abreviada da Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR). Essa escala foi elaborada pela divisão de Saúde Mental da OMS e validada para o Brasil por Bandeira (2012). Trata-se de uma escala multidimensional, possuindo duas subescalas: (a) satisfação com os profissionais de saúde e (b) satisfação com o serviço de saúde.

O SATIS-BR versão abreviada desta escala contém 12 itens quantitativos que compõem a escala propriamente dita, os quais são utilizados no cálculo do grau de satisfação dos pacientes com o serviço. A escala avalia a satisfação do usuário do serviço de saúde quanto à competência e compreensão da equipe de profissionais de saúde quanto ao seu problema, quanto à acolhida e ajuda da equipe com o usuário e quanto às condições das instalações físicas e conforto do local onde é oferecido o serviço de saúde. As alternativas de resposta aos itens estão dispostas em uma escala do tipo *Likert* com 5 pontos, na qual 1 representa que o usuário está muito insatisfeito e 5 que ele está muito satisfeito (BANDEIRA, 2012). (Anexo)

## 5 Análise Estatística

Variáveis sócio-econômicas e demográficas e clínicas dos grupos caso e controle foram comparados usando o Teste *T de Student*. Os escores do WHOQOL-ABREVIADO, FAD, e SATIS-BR foram comparados usando ANOVA. Foram considerados significantes os valores de  $p < 0,05$ .

## 5 RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 115 idosos que frequentam os serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN. Para constituir a amostra foram convidados cerca de 180 idosos, mas houve recusa para participação e na aplicação do Mini Mental foram excluídos 3 participantes do estudo por não atingirem a pontuação mínima de acordo com a sua escolaridade, restando no total de 115 idosos aptos a participarem do estudo.

Os idosos foram divididos em dois grupos. O grupo de casos formado por indivíduos idosos com *score* da EDG igual ou maior que 5 e o grupo controle, que foi formado por indivíduos idosos que apresentaram o *score* da EDG menor que 5. O grupo de casos foi formado por 54 idosos com média de idade de 71,4 anos ( $DP \pm 7,73$ ) e o grupo controle foi formado por 61 idosos com média de idade de 72,98 anos ( $DP \pm 6,96$ ). O grupo de casos foi formado por 85,18% de mulheres e 14,82% de homens e o grupo controle foi formado por 81,97% de mulheres e 18,03% de homens ( $p = 0,418$ ). Quanto à escolaridade a maioria dos idosos nos dois grupos possuía o ensino fundamental com 64,8% no grupo de casos e 62,3% no grupo controle ( $p = 0,932$ ) e quanto à ocupação a maioria é aposentada com 88,9% no grupo de casos e 75,4% no grupo controle ( $p = 0,173$ ). No grupo de casos, 46,3% dos idosos são casados e no grupo controle 45,9% ( $p = 0,996$ ). O tipo de moradia predominante foi de casa própria com 81,5% e 89,8% nos grupos de caso e controle ( $p = 0,996$ ), respectivamente e a renda individual ( $p = 0,862$ ) e familiar ( $p = 0,123$ ) em sua maioria está entre 1 e 2 salários mínimos (Tabela 1).

Quanto às características clínicas, no grupo de casos 51,85% da amostra possui diagnóstico de depressão e no grupo controle foram 27,87% apresentando sintomas de depressão ( $p = 0,007$ ). Quanto ao uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos, no grupo de casos 16,7% usam esses medicamentos para tratamento dos sintomas de depressão e no grupo controle 11,45% fazem uso dos medicamentos (Figura 1 e 2). Destaca-se também o alto número de indivíduos que não souberam informar quais medicamentos utilizavam ou que já utilizaram em algum momento da vida, com 57,4% no grupo de casos e 39,35% no grupo controle. Também apresentam diagnóstico de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e também mais de uma dessas condições clínicas, onde 52,17% possuem hipertensão e 41,3% possui mais de uma doença crônica no grupo de

casos e no grupo controle 46% possuem hipertensão e 48% possuem mais de uma doença crônica ( $p = 0,933$ ). Todos os idosos que participaram do estudo afirmam ter acesso a consultas nos serviços de saúde e 42,6% do grupo de casos e 60,65% do grupo controle participam de terapia comunitária no serviço de saúde ( $p = 0,040$ ) (Tabela 2).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.

Variáveis socioeconômicas e demográficas		Caso n = 54		Controle n = 61		p
		n	%	n	%	
<b>Sexo</b>	Feminino	46	85,18	50	81,97	<b>0,418</b>
	Masculino	8	14,82	11	18,03	
<b>Escolaridade</b>	Analfabetos	9	16,7	10	16,4	<b>0,932</b>
	Ensino fundamental	35	64,8	38	62,3	
	Ensino médio	10	18,5	13	21,3	
<b>Ocupação</b>	Trabalha	1	1,85	3	4,9	<b>0,173</b>
	Aposentado	48	88,9	46	75,4	
	Outra	5	9,25	12	19,7	
<b>Estado civil</b>	Casado	25	46,3	28	45,9	<b>0,996</b>
	Solteiro	12	22,2	14	22,9	
	Viúvo	17	31,5	19	31,2	
<b>Tipo de moradia</b>	Própria	44	81,5	53	89,8	<b>0,158</b>
	Alugada	10	18,5	6	10,2	
<b>Renda individual</b>	De 0 a 1 salário mínimo	3	5,55	4	6,9	<b>0,862</b>
	1 a 2 salários mínimos	49	90,75	53	91,4	
	3 a 4 salários mínimos	2	3,7	1	1,7	
<b>Renda familiar</b>	1 a 2 salários mínimos	38	70,4	51	85	<b>0,123</b>
	3 a 4 salários mínimos	16	29,6	7	11,7	
	5 salários mínimos			2	3,3	



Tabela 2: Características clínicas dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.

Variáveis clínicas		Caso n = 54		Controle n = 61		p
		n	%	n	%	
<b>Diagnóstico de depressão</b>	Sim	28	51,85	17	27,87	<b>0,007*</b>
	Não	26	48,15	44	72,13	
<b>Antidepressivo/ansiolíticos</b>	Sim	9	16,7	7	11,45	<b>0,079</b>
	Não	14	25,9	30	49,2	
	Sem informação	31	57,4	24	39,35	
<b>Comorbidades</b>	Hipertensão	24	52,17	23	46	<b>0,933</b>
	Diabetes	1	2,18	1	2	
	Hipercolesterolemia	2	4,35	2	4	
	Hipertensão, diabetes e/ou hipercolesterolemia	19	41,3	24	48	
<b>Acesso a consultas</b>	Sim	61	100	54	100	
	Não	0	0	0	0	
<b>Frequente terapia comunitária integrativa</b>	Sim	23	42,6	37	60,65	<b>0,040*</b>
	Não	31	57,4	24	39,35	

Figura 1: Gráfico de valores percentuais de antidepressivos e/ou ansiolíticos usados pelos indivíduos do grupo de casos.

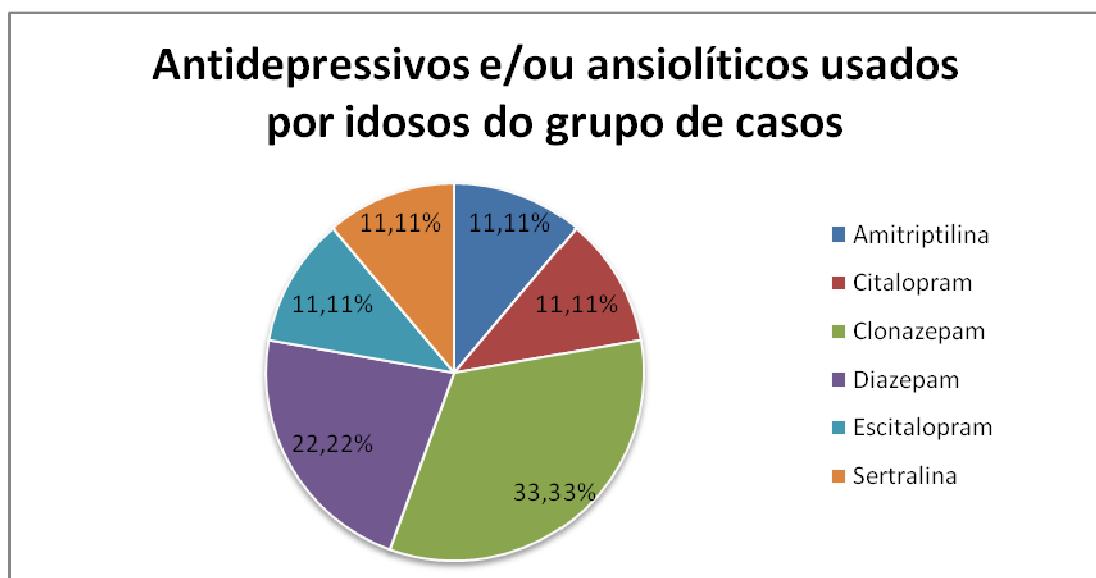
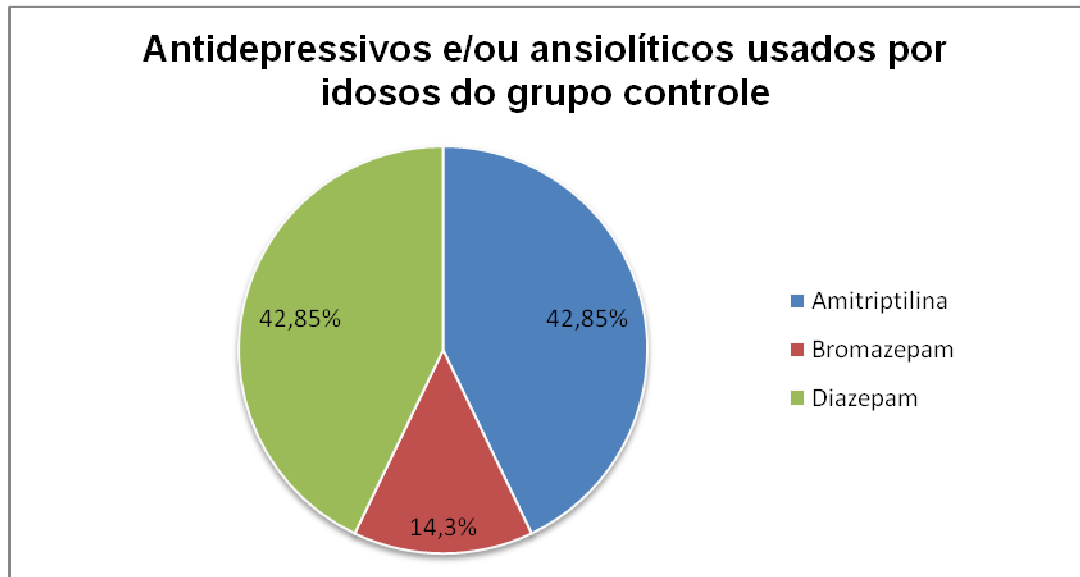


Figura 2: Gráfico de valores absolutos de antidepressivos e/ou ansiolíticos usados pelos indivíduos do grupo controle.



Na tabela 3 podemos observar que as duas questões gerais sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde, o grupo controle obteve as médias  $3,64 \pm 0,66$  e  $3,59 \pm 0,87$  para as duas questões, sendo maiores que as do grupo de casos com  $3,48 \pm 0,69$  e  $3,29 \pm 0,96$ .

No grupo de casos o domínio que mais contribuiu, com melhor média, foi o psicológico, seguido pelo de relações sociais, meio ambiente e físico. No grupo controle o domínio com melhor média foi o de relações sociais, seguido pelo psicológico, físico e meio ambiente. Nos domínios físico, psicológico, meio ambiente e de relações sociais o grupo controle apresentou médias maiores que o grupo de casos, obtendo significância estatística entre os grupos em apenas um domínio, o de relações sociais com  $p = 0,003$ .

Tabela 3: Descrição das médias do questionário WHOQOL – Abreviado dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.

<b>Facetas/domínios</b>	<b>Casos n = 54</b>	<b>Controle n = 61</b>	<b>p</b>
	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>	
<b>Qualidade de vida</b>	3,48±0,69	3,64±0,66	<b>0,494</b>
<b>Satisfação com a saúde</b>	3,29±0,96	3,59±0,87	<b>0,179</b>
<b>Domínio 1: Físico</b>	3,16±0,71	3,51±0,69	<b>0,936</b>
<b>Domínio 2: Psicológico</b>	3,85±2,22	3,85±0,51	<b>0,197</b>
<b>Domínio 3: Meio ambiente</b>	3,26±0,58	3,49±0,54	<b>0,760</b>
<b>Domínio 4: Relações sociais</b>	3,53±0,82	3,85±0,53	<b>0,003*</b>

O questionário Family Assessment Device para avaliação familiar foi introduzido no estudo a partir de janeiro de 2015, quando se percebeu a necessidade de avaliar as questões familiares que envolvem o relacionamento entre os idosos participantes e sua família. Dessa forma, foi possível aplicar o FAD em alguns idosos que já haviam respondido os questionários anteriores, mas não foi possível aplicar em toda a amostra, por falta de contato e alguns que não voltaram ao serviço ou que não quiseram se submeter novamente aos questionários, o que resultou em 34 idosos no grupo de casos e 61 idosos no grupo controle.

Na tabela 4 são descritas as médias das facetas do FAD e na sua interpretação, ter uma menor média significa um melhor funcionamento familiar. A faceta Solução de problemas apresentou para os casos, valores 2,09±0,70, enquanto para os controles os valores foram de 2,04±0,54 (p.= 0,040). Ou seja, esta faceta representa a falta de apoio familiar na resolução de problemas do cotidiano.

Na tabela 5 são apresentadas as médias do SATIS – BR que mede a satisfação dos usuários dos serviços de saúde com relação aos serviços que lhes são oferecidos e com a equipe de profissionais e com o local onde é oferecido o serviço. Na faceta satisfação com o local onde é oferecido o serviço, o grupo de casos apresentou uma média de 3,03±1,04, enquanto os controles 2,92±0,80, (p = 0,007).

Para solução de problemas foi encontrado para os casos, valores 2,09±0,70, enquanto controles 2,04±0,54, considerada esta diferença estatisticamente significativa.

Tabela 4: Descrição das médias do questionário Family Assessment Device dos 95 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.

<b>Facetas</b>	<b>Casos n = 34</b>	<b>Controle n = 61</b>	<b>p</b>
	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>	
<b>Solução de problemas</b>	2,09±0,70	2,04±0,54	<b>0,040*</b>
<b>Comunicação</b>	2,16±0,44	2,09±0,46	<b>0,897</b>
<b>Funções</b>	2,40±0,61	2,44±0,46	<b>0,068</b>
<b>Respostas afetivas</b>	2,35±0,43	2,39±0,42	<b>0,960</b>
<b>Envolvimento afetivo</b>	2,89±0,59	2,72±0,49	<b>0,142</b>
<b>Controle comportamental</b>	2,26±0,37	2,31±0,30	<b>0,390</b>
<b>Funcionamento geral</b>	2,04±0,37	2,14±0,29	<b>0,230</b>

Tabela 5: Descrição das médias do questionário SATIS – BR dos 115 idosos participantes do estudo que frequentam serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e os CAPS Leste e Oeste da cidade de Natal/RN.

<b>Facetas</b>	<b>Casos n = 54</b>	<b>Controle n = 61</b>	<b>p</b>
	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>	
<b>Satisfação com a equipe</b>	4,22±0,51	4,25±0,49	<b>0,732</b>
<b>Satisfação com a acolhida</b>	4,22±0,54	4,29±0,58	<b>0,564</b>
<b>Satisfação com o local</b>	3,03±1,04	2,92±0,80	<b>0,007*</b>

## 6 DISCUSSÃO

No presente estudo a maioria dos participantes eram mulheres, com 85,18% no grupo de casos e 81,97% no grupo controle, o que pode indicar que as mulheres procuram mais os serviços de saúde e grupos de apoio social como as TCIs realizadas nos CAPS e CEASI.

No entanto, esse fator pode levar a maiores índices de diagnóstico de depressão em mulheres, pois os homens, em sua maioria, não procuram os serviços de saúde para diagnóstico e tratamento dos sintomas depressivos, e de acordo com Gazalle (2004) as mulheres apresentam maiores prevalências de sintomas depressivos o que pode ser um fator relevante para que as mulheres procurem mais os serviços de saúde para tratar esses sintomas.

Um desafio para o sistema de saúde é que os profissionais de saúde saibam identificar as doenças mentais nos idosos, pois muitas vezes os sintomas são silenciosos e mascarados pelo processo de envelhecimento. Além dos próprios idosos se permitirem superar os estigmas sociais sobre as doenças mentais, o que resulta na relutância por procura médica para tratar seus problemas psicológicos, que se não forem tratados pode resultar na incapacidade funcional, maiores demandas para os sistemas de saúde com maiores gastos pelo agravamento dos sintomas e diminuição da qualidade de vida para os idosos e seus familiares (ABDUL, 2016).

Gazalle (2004) explica que pessoas com nível socioeconômico e escolaridades mais baixas apresentam maiores taxas de prevalência de sintomas depressivos e no estudo realizado a maioria dos idosos possui apenas o ensino fundamental, a maioria deles incompleto, com 64,8% no grupo de casos e 62,3% no grupo controle. Quanto a renda, tanto a individual quanto a familiar ficou na média entre 1 e 2 salários mínimos com 90,75% e 91,4% para renda individual e 70,4% e 85% para os grupos de casos e controle, respectivamente.

No grupo de casos 51,85% dos idosos que apresentaram *score* maior ou igual a 5 na EDG já apresentaram em algum momento da vida diagnóstico de depressão, mas apenas 16,7% dos indivíduos fazem tratamento farmacológico com antidepressivos e/ou ansiolíticos, e mesmo assim permanecem apresentando sintomas de depressão, que no estudo realizado foi detectado por meio da EDG.

Dessa forma faz-se necessário um acompanhamento permanente do paciente tanto no sentido de uma individualização de terapêutica, quanto de acompanhar a adesão ao tratamento.

Neste contexto, o tratamento dos sintomas de depressão com medicamentos antidepressivos é de grande importância para a regressão dos sintomas depressivos e prevenção de sintomas que possam influenciar nas funções psicológicas, físicas e sociais dos indivíduos acometidos pela patologia, sendo necessário que haja a adesão aos medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos.

Todos os participantes do estudo afirmaram que possuem acesso a consultas nos serviços de saúde dos CAPS e CEASI, o que pode ser justificado pela presença de comorbidades que faz com que esses idosos procurem mais os serviços de saúde para tratar doenças crônicas como hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia.

O acesso aos serviços de saúde deve ser assegurado aos idosos e principalmente aos que possuem sintomas de depressão para que possa ter um tratamento satisfatório e assim se manter inserido na sociedade, tendo melhora da sua qualidade de vida, estado emocional e saúde como um todo, pois a qualidade de vida está relacionada a um bom estado de saúde tanto físico quanto mental.

A utilização de terapias farmacológicas de forma isolada não são capazes de reestabelecer a saúde psicológica dos indivíduos com sintomas de depressão. Neste contexto, surge as TCIs como uma estratégia terapêutica aliada a terapia farmacológica para reinserção desses idosos no contexto social, através da socialização e partilhas de sentimentos, tanto alegres quanto os angustiantes, o que os fazem interagir uns com os outros (BARRETO, 2008).

Quanto à frequência na TCI, apenas 42,6% dos participantes do grupo de casos frequenta TCI e 60,65% dos participantes do grupo controle frequentam TCI. Isso mostra que os idosos que participam de rodas de TCIs estão menos propensos a apresentarem sintomas depressivos, o que pode ser considerado como uma estratégia importante no sistema de saúde para tratamento de problemas psiquiátricos.

Observando-se os dados do grupo controle, 27,87% tiveram diagnóstico de depressão em algum momento da vida, 11,45% usam antidepressivos e/ou ansiolíticos e 60,65% dos indivíduos deste grupo participam da TCI. Esses dados mostram que se trata de um quadro onde visualiza-se indivíduos não sintomáticos e

com um número de indivíduos relativamente pequeno usando medicamentos para tratar sintomas depressivos, mostrando que as TCIs são eficazes quando associadas ao uso de terapia farmacológica para tratamento dos sintomas depressivos.

A participação de indivíduos idosos em grupos de TCIs faz com que o indivíduo interaja com outras pessoas e descubra no grupo a importância do outro para a resolução de seus problemas como também excita a desvendar o poder de resiliência em cada participante, ou seja, ajuda na capacidade de enfrentar as dificuldades e adversidades de forma socialmente aceitável (BARRETO, 2008). A TCI pode ser um caminho para favorecer uma vida mais saudável e melhor qualidade de vida para os idosos que as frequentam.

A TCI se torna um instrumento de reinserção do idoso na sociedade e reestabelece seu convívio com outras pessoas da sociedade melhorando assim seu estado emocional e social.

Santos (2002) mostra que a qualidade de vida dos idosos pode estar relacionada a componentes como a sua capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção com sua saúde.

Para os idosos, a percepção de qualidade de vida geralmente está relacionada com a saúde, sentimentos positivos, convivência com amigos e familiares e ter recursos para satisfazer as suas necessidades do cotidiano (PASKULIN, 2010).

O WHOQOL – Abreviado é um instrumento para avaliar a qualidade de vida quanto aos aspectos citados e nas questões sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde o grupo controle apresentou maiores médias, demonstrando que ter esses fatores atrelados a sua vida pode ser significado de qualidade de vida na terceira idade.

A relação social para indivíduos que estão na terceira idade é um fator importante para que ele possa se sentir inserido na sociedade, sentindo-se útil e a partir disso conseguir desenvolver suas atividades do cotidiano, interagindo com as pessoas presentes na comunidade e nos grupos de TCI, nos quais podem se expressar e opinar com liberdade. Estudos afirmam que idosos que apresentam vida social intensa possuem uma maior qualidade de vida pois os idosos que possuem uma vida social mais ativa são mais longevos além de menor chance de desenvolver sintomas depressivos (BYERS, 2012; FRUTUOSO, 1999).

Portanto é necessário que as políticas públicas incentivem as práticas de serviços que possam integrar os idosos a sua comunidade como um todo, tendo acesso aos serviços de saúde e de interação com demais indivíduos.

Idosos que não possuem uma vida social ativa se sentem solitários, onde a solidão é tida como um sentimento angustiante na qual as necessidades sociais não são atendidas, seja pela qualidade ou quantidade de amizades que o indivíduo possua. A solidão, portanto, está negativamente associada à qualidade da saúde mental desses idosos e tem sido demonstrado que o aumento de casos depressivos está fortemente relacionados com a solidão (CACIOPPO, 2006; HAWKLEY, 2010).

O sentimento de solidão entre os idosos também está relacionado não somente a amizades e círculos sociais que venham a participar, mas também a família, nas quais buscam apoio social e mental e quando não existe o suporte familiar surgem os sintomas depressivos.

Na população envelhecida o suporte familiar é de extrema importância para que o indivíduo consiga ter apoio em suas questões de saúde e qualidade de vida. Para os idosos com problemas de depressão o apoio familiar se torna muito importante nesta fase da vida, pois a falta de suporte familiar pode ser um fator de agravamento do quadro depressivo (DE ARAÚJO, 2016). No estudo realizado uma considerável parcela do grupo de casos apontam para a falta de apoio familiar para a resolução de problemas cotidianos, o que pode ser um agravamento dos sintomas depressivos desses pacientes.

Estudos mostram que idosos solteiros apresentam maiores riscos de apresentarem sintomas de depressão, pois se supõe que a vida de casado possa passar maior segurança, uma sensação de proteção proporcionada pelo outro, o que pode influenciar positivamente na saúde mental desses indivíduos (ABDUL, 2016; RASHID, 2010).

Supõe-se também que, para os idosos, ter a família por perto, com boa convivência, apoio emocional e social é confortável para o idoso e melhora o bem-estar mental desses indivíduos (ABDUL, 2016). Portanto, a família exerce um papel fundamental para a saúde mental dos indivíduos idosos que passam por perdas biológicas, que afeta tanto o estado psicológico, quanto o estado físico desses indivíduos para que se sintam protegidos e assegurados. A família é ponto de apoio para esses idosos e os auxiliam na resolução de problemas, seja eles familiares ou de saúde.



Em relação ao local onde são realizados os atendimentos dos serviços de saúde e as TCIs, os indivíduos do grupo de casos apresentam maior satisfação com as condições e tratamentos que recebem das equipes, enquanto que os indivíduos do grupo controle mostram-se mais insatisfeitos em relação às condições e tratamento que recebem nos serviços de saúde, aparentemente por estarem com maiores condições emocionais de decidir o que seja um favor e uma obrigação dos órgãos competentes pela assistência que deve ser prestada aos idosos. Apatia é considerado um sintoma comum em idosos com depressão (YUEN, 2013).

Os serviços de saúde que são oferecidos aos idosos possuem muitos pontos nos quais precisam melhorar, portanto se faz necessário que as políticas públicas de assistência aos idosos comecem a perceber que quanto mais é investido na saúde e qualidade do atendimento a essa população envelhecida, melhores serão os resultados no que diz respeito a saúde e menores serão as taxas de adoecimento dessa população, o que retornará com pontos positivos para o sistema público de saúde e menores gastos com aqueles que se tornam doentes graves.

## 7 CONCLUSÃO

- No presente trabalho conclui-se que as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde, os idosos possuem um nível de escolaridade baixo e uma renda média de 1 a 2 salários mínimos, o que contribui para a que essa população seja mais propensa a desenvolver sintomas depressivos, pois a renda não é suficiente para que possam ter atividades de lazer e convívio social satisfatórios;
- A terapia com medicamentos antidepressivos/ansiolíticos não se mostra totalmente eficaz na remissão dos sintomas depressivos, pois idosos do grupo de casos que fazem terapia farmacológica ainda continua a apresentar sintomas de depressão;
- As TCIs se mostram como uma estratégia de enfrentamento eficaz dos sintomas depressivos, atuando como coadjuvante a terapia farmacológica com antidepressivos e/ou ansiolíticos;
- A qualidade de vida dos idosos dos dois grupos encontra-se prejudicada pelos sintomas depressivos, especialmente o convívio social desses idosos;
- Idosos participantes do estudo dos dois grupos apontam para a falta de participação familiar na solução dos problemas, o que repercuti no agravamento dos sintomas depressivos;
- Os idosos dos dois grupos se mostram satisfeitos com os locais onde são realizadas as TCIs e atendimentos de saúde, porém apontam para a possibilidade de melhoria desses locais.

## REFERÊNCIAS

ABDUL , M.; RIZAL M. M.; MADIHAH, A. R.; MOHD R. Y.; KHAIRUL H. A. A.; NOOR A. Factors Influencing the Prevalence of Mental Health Problems among Malay Elderly Residing in a Rural Community: A Cross-Sectional Study. **PloS One**. v. 11, n. 6. p. e0156937, 2016.

AKSULLU, N.; DOGAN, S. The relation between depression and perceived social support factors in the elderly living at home and senior centres. **Anatolian Journal Psychiatry**. v.5, p. 76–84, 2004.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS – BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. [Rio de Janeiro] v. 61, n. 3, p. 124 – 132, 2012.

BARRETO, A. P. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.

BOOKWALA, J. Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. **Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**. v.66B, n. 5, p. 605 – 616, 2011.

BRASIL, P. D. R. Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. In: Civil C. Ed. Brasília. Ministério do Bem Estar Social. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. [Brasília, DF] **Ministério da Saúde**. 2004.

BUJANG, M. A.; HAMID, A. M.; ZOLKEPALI, N. A.; HAMEDON, N. M.; LAZIM, S. S. M.; HANIFF, J. Mortality rates by specific age group and gender in Malaysia: Trend of. **Journal of Health Informatics in Developing Countries**. v. 6, n. 2, p. 521 – 529. 2012.

BYERS, A. L; COVINSKY, K., E.; BARNES, D. E.; YAFFE, K. Dysthymia and depression increase risk of dementia and mortality among older veterans. **The American journal of geriatric psychiatry**. v. 20, n. 8, p. 664 – 672, 2012.

CACCIATORE, F.; et al. Morbidity patterns in aged population in southern Italy. A survey sampling. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 3, n. 26, p. 201 – 213, 1998.

CACCIOPO, J. T.; HUGHES, M. E.; WAITE, L. J.; HAWKLEY, L. C.; THISTED., R. A. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. **Psychology and Aging**. v. 21, n. 1, p. 140 – 151, 2006.

CANTRELL, C. R.; EADDY, M. T.; SHAH, M. B.; REGAN, T. S.; SOKOL, M. C. Methods for evaluating patient adherence to antidepressant therapy: a real-world comparison of adherence and economic outcomes. **Medical Care**. v. 44, n. 4, p. 300 – 303, 2006.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. [Rio de Janeiro]. v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, F. E.T.; PAPALÉO, N. M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. [São Paulo] **Atheneu**. 2004.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**. [Rio de Janeiro], v. 24, n.3, p. 597-605, 2008.

CHARNEY, D. S.; REYNOLDS III, C. F.; LEWIS, L.; LEBOWITS, B. D.; *et. al*. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. **Archives of General Psychiatry**. v. 60, n. 7, p. 664 – 672, 2003.

CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N. A.; NAKANO, N. G. R.; RODRIGUES, J., ALENCAR, R. A.; ROCHA, A. C. L. R. Senescence and senility: a new paradigm in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n.2, p. 1763 – 1768, 2011.

DE ANDRADE, F. B. **Avaliação da Terapia Comunitária na Atenção Primária à Saúde**. 2012. 92f. Tese (Doutorado). Programa de Pós –Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

DE ARAUJO, A. A.; REBOUÇAS, B. R. A.; DE MENEZES, M. S. DE ARAUJO; M. I. I., R. F.; JR & DE MEDEIROS, C. A. Quality of life, family support, and comorbidities in institutionalized elders with and without symptoms of depression. **Psychiatric Quaterly**. v. 87, n. 2, p. 281 – 291, 2016.

EPSTEIN, N. B.; BALDWIN, L. M.; BISHHOP, D. S. The MacMaster Family Assessment Device. **Journal of Marital and Family Therapy**. [s. l]. v. 9, n. 2, p. 171 - 180, 1983.

FLERK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G., SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**. [São Paulo]. v.34, n. 2, p. 178 – 183, 2000.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal psychiatric**. [s. l], v. 12, p. 189 – 198, 1975.

FORLENZA, O.V.; ALMEIDA, O. P. Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico. [São Paulo]: Lemos. 1997

FRUTUOSO, D. *A terceira idade na universidade*. Rio de Janeiro, RJ: Ágora da Ilha. 1999.

GALLAGHER, D.; MHAOLAIN, A. N.; GREENE, E.; WALSH, C.; DENIHAN, A.; *et. al.* Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. v. 25,n. 10. p. 981 – 987, 2010.

GAZABIM, M. L.; BALLARIN, S.; CARVALHO, F. B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: GALVÃO, C. R. C.; SOUZA, A. C. A. (Org.). *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 163-169. 2007.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. S.; TAVARES, B. F.; HALLAL, P. C. Sintomas depressivos e fatores associados em uma população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 3 p. 365 – 371, 2004.

HAWKLEY, L. C.; CACIOPPO, J. T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**. v. 40, n. 2, p. 218 – 227, 2010.

KARLSSON, B.; JOHNNELL, K.; SIGSTROM, R.; SJOBERG, L.; FRATIGLIONE, L. Depression and Depression Treatment in a Population-Based Study of 60+ Old Individuals Without Dementia. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**. 2016.

KESSLER, R. C.; BIRNBAUM, H. G.; SHAHLY, V.; BROMET, E.; HWANG, I.; *et. al.* Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. **Depression and Anxiety**. v. 27, n. 4, p. 351 – 364, 2010.

KNOCHEL, C.; ALVES, G.; FRIEDRICHS, B.; SCHNEIDER, B.; RECHAU, A. S.; *et. al.* Treatment-resistant Late-life Depression: Challenges and Perspectives. **Current Neuropharmacology**. v. 13, n. 5, p. 577 – 591, 2015.

KOIZUMI, Y., *et al.* Association between social support and depression status in the elderly: Results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. v. 5, n. 59, p. 563 – 569, 2005.

LIN, J.; SKLAR, G. E.; OH, V. M. S.; LI, S. C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. **Therapeutics and clinical risk management**. v. 4, n. 1, p. 269 – 286, 2008.

JOORMANN, J.; AVANZATO, K. D. Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. **Cognition & Emotion**. v. 24, n. 6, p. 913- 939, 2010.

LIMA, M.S.D. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 21, p. 01 – 05, 1999.

LINO, V. T.; PORTELA, M. C.; CAMACHO, L. A.; ATIE, S., LIMA, M. J. Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. **Plos One**. [United States]. v. 8, n. 8, 2013.

LOPES, J. M.; FERNANDES, S. G. G.; DANTAS, F. G.; MEDEIROS, J. L. A. D. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos em idosos no Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 18, 521 – 531, 2015.

MANN, A. Depression in the elderly: findings from a community survey. **Maturitas**. v. 1, n. 38, p. 53 – 58, 2001.

MANSFIELD, A. K.; KEITNER, G. I.; DEALY, J. The Family Assessment Device: An update. **Family Process**. [United States], v. 54, n. 1, p. 82 – 83, 2015.

MONTORIO, I.; IZAL, M. The geriatric depression scale: a review of its development and utility. **Internacional Psychogeriatric**. v. 8, n. 1, p. 103 – 112, 1996.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.

NEGRI, L.D.S.A.; RUY, G.F.; COLLODETTI, J.B.; PINTO, L.F.; SORANZ, D.R. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 9, p. 1033 – 1046, 2004.

NOLEN, S. H.; WISCO, B. E.; LYUBOMIRSKY, S. Rethinking Rumination. **Perspectives on Psychological Science**. v. 3, n. 5, p. 400 – 424, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Aging and Life Course. Active aging: a policy framework. Geneva; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Capítulo 4: Reabilitação. Relatório Mundial sobre a Deficiência. p. 97 – 139, 2011.

PARADELA, E. M. P.; LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 6, p. 918 - 923, 2005.

PARK, M. H.; KWON, D. Y; JUNG, J. M.; HAN, C.; JO, I., JO, S. A. Mini-Mental Status Examination as predictors of mortality in the elderly. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. [United States] v. 127, p. 298 – 304, 2013.

PASKULIN, L. M. G.; CÓRDOVA, F. P.; DA COSTA, F. M.; VIANNA, L. A. C. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 23, n. 1, p. 101 – 107, 2010.

PENNINX, B.W.J.H.; DEEG, D.J.H.; VAN, E.I.J.K.; BEEKMAN, A.T.F.; GURALNIK, J.M. Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. **Journal Affect Disorders**. v. 1 -2, n. 61, p. 1 – 12, 2000.

RAMAPRASAD, D.; RAO, N. S.; KALYANASUNDARAM, S. Disability and quality of life among elderly persons with mental illness. **Asian Journal of Psychiatry**. v. 18, p. 31 -36, 2015.

RANG, P. H.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J. Fármacos ansiolíticos e hipnóticos. In: Rang e Dale Farmacologia. 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, p. 535 – 544.

RASHID A.; MANAN A.; ROHANA S. Depression among the elderly Malays living in rural Malaysia. **The Internet Journal of Public Health**. v.1, n. 2, p. 1–10, 2010.

SANTOS, S. R.; COSTA SANTOS, I. B.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SHEIKH, J. I.; & YESAVAGE, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontologist**. v. 5,p. 165-173, 1986.

SOULHAUG, H., I.; ROMULD, E. B.; ROMILD, U.; STORDAL, E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population - the HUNT study. **International Psychogeriatrics**. v. 24, n. 1, p. 151 - 158, 2012.

TOLEDO, M. A. V.; SANTOS NETO, L. S. Depressão no idoso. In: Hargreaves LH, organizador. Geriatria. Brasília: Prodasen; 2006. p. 545–552.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. n. 43, p. 548 – 554, 2009.

WATKINS, E.; HOEKSEMA, S. N. A habit-goal framework of depressive rumination. **Journal of Abnormal Psychology**. v. 123, n. 1, p. 24 – 34, 2014.

YESAVAGE, J.A., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**. v. 1, n. 17, p. 37 – 49, 1983.

YUEN, G. S.; GUNNING, F. M.; WOODS, E.; HOPTMAN, M. J.; ALEXOPOULOS, G.S. Neuroanatomical Correlates of Apathy in Late-life Depression and Antidepressant Treatment Response. **Biological Psychiatry**. v. 73, p 196. 2013.

## ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Depressão e Envelhecimento: A terapia ocupacional como estratégia de enfrentamento e reinserção social

**Pesquisador:** Aurigera Antunes de Araújo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 11706313.0.0000.5537

**Instituição Proponente:** Centro de Biociências

**Patrocinador Principal:** Centro de Biociências

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 308.766

**Data da Relatoria:** 31/05/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto de pesquisa ora apresentado tem como objetivo acompanhar idosos com depressão, em Terapia Ocupacional, de modo a verificar mudanças na capacidade funcional, reinserção social e qualidade de vida destes indivíduos através de um programa de acompanhamento continuado. Farão parte da pesquisa 160 idosos com 65 anos ou mais, que apresentam diagnóstico de depressão, e que estão participando das rodas de Terapia Ocupacional, e que tenham pelo menos uma participação mensal, no período mínimo de 01 ano. Como instrumentos de coleta de dados será empregado um diário de campo, com registro de reuniões do grupo, onde serão verificadas a atitude, capacidade de expressão, e diálogos que permitam identificar conflitos ou mudanças no cotidiano dos indivíduos. Aplicar-se-á também questionários para obtenção de dados socioeconômicos; avaliativos da depressão (Escala de Depressão Geriátrica -EDG; satisfação com os serviços de saúde (Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental - SATIS-BR; da qualidade de vida (WHOQOL-ABREVIADO); e de inventário de Habilidades Sociais. Haverá também a avaliação de parâmetros Bioquímicos (glicemia, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicerídeos, creatinina, uréia, TGO, TGP), como parte de um programa de saúde denominado Bairro, ao qual a pesquisa está vinculada e que tem duração prevista para 04 anos. Os dados obtidos serão comparados utilizando-se o teste t de student, e teste de Mann-

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-070

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufn@relatoria.ufrn.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 000.760

Witney, com nível de significância de 5%.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral: Acompanhar os idosos com depressão na Terapia Ocupacional, de modo a verificar as mudanças ocorridas na capacidade funcional, reinserção social e qualidade de vida destes indivíduos através de um programa de acompanhamento continuado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não serão incluídos no estudo os idosos que apresentarem dificuldade em responder ao questionário, ou que não apresentarem condições físicas para coleta de sangue. Os riscos previstos são descritos como mínimos e referem-se a possíveis constrangimentos em não saber responder aos instrumentos de coleta de dados e acidentes relacionados a coleta de sangue. Para a proteção dos participantes se propõe que a aplicação dos instrumentos será efetuada por pesquisadores treinados para explicar detalhadamente as perguntas, individualmente, além da liberdade de recusa para responder ao questionário. Para minimizar riscos no ato da coleta de sangue, esta será realizada por um profissional de enfermagem do próprio serviço de saúde. Se durante a coleta de sangue houver riscos de constrangimento, a Coordenadora do Projeto responsabiliza-se pela solução das ocorrências prevendo possíveis despesas que serão custeadas pelo projeto. Como benefícios são citados a entrega dos resultados dos exames diretamente ao participante, sem custos e prestação de assistência quando necessário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de significado importante na área do envelhecimento humano. Foram devidamente anexados: carta de apresentação, carta de anuência, declaração de pesquisa não iniciada e instrumentos de coleta de dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram devidamente anexados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a revisão ética das respostas às pendências levantadas no parecer anterior, concluímos que

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 305.788

as mesmas foram reparadas adequadamente.

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O pesquisador deve: entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinada, sendo obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas e a assinatura de ambos na última página; desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após o CEP analisar as razões da descontinuidade; apresentar ao CEP eventuais emendas/extensões ao protocolo original, com justificativa; apresentar ao CEP relatório final.

NATAL, 19 de Junho de 2013

---

Assinador por:  
Dulce Almeida  
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufn@reitoria.ufrn.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE BIOCÊNCIAS**  
**DEPARTAMENTO DE BIOFÍSICA E FARMACOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este é um convite para você participar da pesquisa: **Depressão e Envelhecimento: A terapia ocupacional como estratégia de enfrentamento e reinserção social** que tem como pesquisador responsável **Aurigena Antunes de Araújo**.

Esta pesquisa pretende acompanhar os idosos que participam dos serviços de saúde oferecidos pelo CEASI e CAPS, de modo a verificar as mudanças ocorridas na capacidade funcional, adesão a terapêutica, reinserção social e qualidade de vida destes indivíduos.

O motivo que nos leva a fazer este estudo se faz pela necessidade de avaliar e acompanhar os idosos inseridos nos CAPS e CEASI.

Caso você decida participar, você irá responder aos questionários de pesquisa, sendo o número de 06, sendo eles: sócio-econômico, de avaliação de depressão, de avaliação familiar, de avaliação da satisfação serviço de saúde, de qualidade de vida e de habilidades sociais.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Professora Aurigena Antunes de Araújo (84) 3215-3419.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Aurigena Antunes de Araujo.

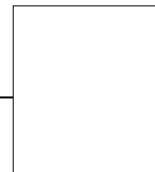
*Consentimento Livre e Esclarecido*

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **Depressão e Envelhecimento: A terapia ocupacional como estratégia de enfrentamento e reinserção social**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Assinatura do participante da pesquisa:**

---



Impressão  
datiloscópica do  
participante

**Assinatura do pesquisador responsável:**

---

**Atenção:** quando o instrumento da pesquisa for questionários, formulário ou entrevistas, o TCLE deve assegurar ao participante o direito de se recusar a responder as perguntas que lhes cause constrangimento de qualquer natureza.

## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1 – Orientação (1 ponto para cada resposta correta):

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em qual mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em qual dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em qual dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em qual estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em qual país estamos? \_\_\_\_\_  
 Em qual estado estamos? \_\_\_\_\_  
 Em qual cidade vivemos? \_\_\_\_\_  
 Em qual local estamos? \_\_\_\_\_  
 Em qual andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 2 – retenção (contar 1 ponto por cada palavra correta repetida):

“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu disser todas. Procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 3 – Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas, para o fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quanto são 30 menos 3 e depois os números encontrados volta a tirar 3 e repete até eu pedir para parar”.

27 \_\_\_ 24 \_\_\_ 21 \_\_\_ 18 \_\_\_ 15 \_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 4 – Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi para decorar”.

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 5 – Linguagem (1 ponto para cada resposta correta):

a) Como se chama isto? (Mostrar o objeto)

Relógio \_\_\_\_\_  
 Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b) “Repita a frase que vou lhe dizer”: O RATO ROEU A ROLHA. \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

c) “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue-a com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”. (Dar a folha segurando com as duas mãos):

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_  
 Dobra ao meio \_\_\_\_\_  
 Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

- d) “Leia o que está escrito neste cartão e faça o que diz”. (Mostrar um cartão com a frase bem legível: FECHER OS OLHOS. Sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos\_\_\_\_\_

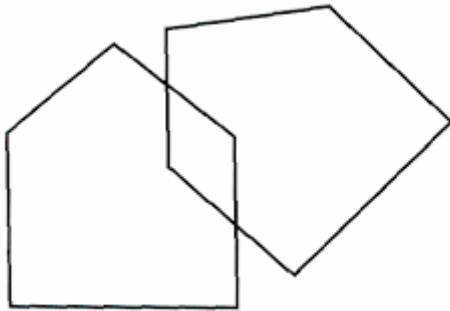
Nota:\_\_\_\_\_

- e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota:\_\_\_\_\_

**6 – Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta):**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, 2 dos quais intersectados. Não valorizar tremor e rotação.



Nota:\_\_\_\_\_

Total (máximo 30 pontos):\_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos;
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$  pontos;
- Com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$  pontos.

## QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1. Escolaridade	
2. Atividade econômica	
3. Estado civil	
4. Quantas pessoas moram com você?	
5. Tipo de moradia?(alugada, própria, etc.)	
6. Renda individual	
7. Renda familiar	
8. Têm diagnóstico de depressão?	
9. Em qual idade foi diagnosticada?	
10. Antidepressivo?	
11. Quais?	
12. Qual o tempo de uso?	
13. Houve mudança no tratamento?	
14. Houve efeitos relacionados ao antidepressivo anterior?	
15. Faz uso de algum outro medicamento?	
16. Quais?	
17. Tem acesso à consulta, internação e medicamentos nos serviços de saúde?	
18. Custo de deslocamento do paciente?	
19. Intervalo entre as consultas?	
20. Quando vai ao serviço tem alguém o acompanhando?	

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS

<b>1</b>	Está satisfeito (a) com sua vida?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>2</b>	Diminuiu a maior parte das suas atividades?	Sim	<b>Não</b>
<b>3</b>	Sente que a vida está vazia?	Sim	<b>Não</b>
<b>4</b>	Aborrece-se com frequência?	Sim	<b>Não</b>
<b>5</b>	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	<b>Sim</b>	Não
<b>6</b>	Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	Sim	<b>Não</b>
<b>7</b>	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	<b>Sim</b>	Não
<b>8</b>	Sente-se frequentemente desamparado (a)?	Sim	<b>Não</b>
<b>9</b>	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	<b>Não</b>
<b>10</b>	Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	<b>Não</b>
<b>11</b>	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	<b>Sim</b>	Não
<b>12</b>	Vale a pena viver como vive agora?	<b>Sim</b>	Não
<b>13</b>	Sente-se cheio (a) de energia?	<b>Sim</b>	Não
<b>14</b>	Acha que sua situação tem solução?	<b>Sim</b>	Não
<b>15</b>	Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	<b>Não</b>

#### Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses
1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses
Total >5 = Suspeita de depressão



**WHOQOL - ABREVIADO**  
 Versão em Português  
 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
 GENEVRA

**Instruções:**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

- Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
		1	2	3	4	5

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

- As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

- As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

- As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
		1	2	3	4	5

- As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

- As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

---

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

---

Você tem algum comentário sobre o questionário?

---



---



---

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!**

Family Assessment Device – Plano de Avaliação Familiar	1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo Totalmente
<b>Solução de Problemas</b>				
1-Nós costumamos tomar decisões relativas aos nossos problemas				
2-Depois de nossa família resolver um problema costumamos discutir se funcionou ou não				
3-Nós resolvemos os problemas emocionais que surgem				
4-Nós enfrentamos problemas afetivos				
5-Nós tentamos resolver um problema de diferentes formas				
<b>Comunicação</b>				
1-Quando alguém está chateado o outro sabe porque				
2-Você não pode dizer como a pessoa está se sentindo pelo que ela diz				
3-As pessoas dizem as coisas abertamente ao invés de insinuá-las				
4-Nós somos francos uns com os outros				
5-Nós não falamos uns com os outros quando estamos com raiva				
6-Quando não gostamos de algo que alguém fez, dizemos-lhe				
<b>Funções</b>				
1-Quando você pede para alguém fazer alguma coisa tem que verificar depois se realmente foi feito				
2-Nós garantimos que os membros assumam suas responsabilidades familiares				
3-Tarefas familiares não se propagam facilmente				
4-Nós temos dificuldades em atender nossas contas				
5-Há pouco tempo para explorar interesses pessoais				
6-Nós discutimos sobre realizações de trabalhos domésticos				
7-Se as pessoas são convidadas a fazer alguma coisa é necessário lembrá-las				
8-Estamos geralmente insatisfeitos com os deveres familiares atribuídos a nós				
<b>Respostas afetivas</b>				
1-Nós somos relutantes em mostrar nossa afeição pelo outro				
2-Alguns de nós não responde emocionalmente				
3-Nós não mostramos nosso amor pelo outro				
4-Ternura fica em segundo lugar quando comparada a outras coisas para a família				
5-Expressamos ternura				
6-Choramos abertamente				
<b>Envolvimento afetivo</b>				
1-Se alguém está em apuros os outros se envolvem muito				
2-Você só mostra interesse pelos outros quando é algo importante para você				
3-Somos muito egocêntricos				
4-Nós nos envolvemos com outro somente				

quando algo nos interessa				
5-Nós mostramos interesse um no outro quando eles podem obter algo pela sua personalidade				
6-Mesmo quando queremos o bem nós nos intrometemos demais na vida dos outros				
<b>Controle comportamental</b>				
1-Nós não sabemos o que fazer quando surge uma emergência				
2-você pode facilmente fugir da sua rotina com a quebra de regras				
3-Nós sabemos o que fazer em casos de emergência				
4-Nós temos expectativas claras sobre hábitos de higiene				
5-Nós temos regras claras sobre atingir pessoas				
6-Nós não detemos qualquer regras ou normas				
7-Se as regras são quebradas nós não sabemos o que esperar				
8-Qualquer pessoa entra na nossa família				
9-Existem regras sobre situações perigosas				
<b>Funcionamento geral</b>				
1-As atividades de planejamento familiar são difíceis porque não compreendemos bem uns aos outros				
2-Em tempos de crise podemos recorrer uns aos outros				
3-Não podemos falar para o outro a tristeza que sentimos				
4-As pessoas são aceitas pelo que são				
5-Nós evitamos discutir nossos medos e preocupações				
6-Nós podemos expressar sentimentos pelo outro				
7-Há muitos sentimentos ruins na família				
8-Nós nos sentimos aceitos pelo que somos				
9-Tomar decisões é um problema para nossa família				
10-Nós somos capazes de tomar decisões para resolver problemas				
11-Nós não nos damos muito bem juntos				
12-Nós confiamos uns nos outros				

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o serviço onde ocorre a Terapia Comunitária. Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queria responder de acordo com a sua opinião.

### 1. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado	1 ( )
Geralmente não me senti respeitado	2 ( )
Mais ou menos	3 ( )
Geralmente me senti respeitado	4 ( )
Sempre me senti respeitado	5 ( )

### 2. Quando você falou com a pessoa que acolheu você no CEASI/CAPS, você sentiu que ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma	1 ( )
Não me ouviu bastante	2 ( )
Mais ou menos	3 ( )
Me ouviu bastante	4 ( )
Me ouviu muito	5 ( )

### 3. Até que ponto a pessoa que acolheu você no CEASI/CAPS pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma	1 ( )
Não me compreendeu muito	2 ( )
Mais ou menos	3 ( )
Me compreendeu bem	4 ( )
Me compreendeu muito bem	5 ( )

### 4. Em geral, como você acha que a equipe do CEASI/CAPS compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma	1 ( )
Não me compreendeu muito	2 ( )
Mais ou menos	3 ( )
Me compreendeu bem	4 ( )
Me compreendeu muito	5 ( )



**5. Qual a sua opinião sobre o tipo de apoio dado a você no CEASI/CAPS?**

Parece que eles pioraram as coisas	1 ( )
Não obtive nenhuma ajuda	2 ( )
Não obtive muita ajuda	3 ( )
Senti que obtive alguma ajuda	4 ( )
Senti que obtive muita ajuda	5 ( )

**6. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no CEASI/CAPS?**

Muito insatisfeito	1 ( )
Insatisfeito	2 ( )
Indiferente	3 ( )
Satisfeito	4 ( )
Muito satisfeito	5 ( )

**7. Você considerou que a equipe do CEASI/CAPS estava lhe ajudando?**

Nunca	1 ( )
Raramente	2 ( )
Mais ou menos	3 ( )
Frequentemente	4 ( )
Sempre	5 ( )

**8. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais CEASI/CAPS?**

Nada amigável	1 ( )
Pouco amigável	2 ( )
Mais ou menos	3 ( )
Amigável	4 ( )
Muito amigável	5 ( )

**9. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do CEASI/CAPS?**

Muito incompetente	1 ( )
Incompetente	2 ( )
Mais ou menos	3 ( )
Competente	4 ( )
Muito competente	5 ( )

**10. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem trabalhou mais de perto no CEASI/CAPS?**

Muito incompetente	1 ( )
Incompetente	2 ( )

Mais ou menos	3 ( )
Competente	4 ( )
Muito competente	5 ( )

**11. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CEASI/CAPS?**

Muito insatisfeito	1 ( )
Insatisfeito	2 ( )
Indiferente	3 ( )
Satisfeito	4 ( )
Muito satisfeito	5 ( )

**12. Como você classificaria as condições gerais das instalações do CEASI/CAPS?**

Péssimas	1 ( )
Ruins	2 ( )
Regulares	3 ( )
Boas	4 ( )
Excelentes	5 ( )

**13. De que você mais gostou no CEASI/CAPS?**

---



---



---

**14. De que você menos gostou no CEASI/CAPS?**

---



---



---

**15. Na sua opinião, o serviço no CEASI/CAPS poderia ser melhorado?**

Sim	1 ( )
Não	2 ( )
Não sei	3 ( )

**15.1 Se sim, de que maneira?**

---



---



---

