



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Rosmarie Hajjar

UBERABA-MG  
2017

Rosmarie Hajjar

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

UBERABA-MG  
2017

H178s Hajjar, Rosmarie  
Sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos na atenção primária / Rosmarie Hajjar. -- 2017.  
76 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)-- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017  
Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

1. Idoso. 2. Depressão. 3. Qualidade de vida. 4. Atenção primária à saúde. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

***ROSMARIE HAJJAR***

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Data da aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Membros Componentes da Banca Examinadora:**

---

**Presidente e Orientador:** Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

**Membro Titular:** Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

**Membro Titular:** Profa. Dra. Martha Franco Diniz Hueb  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Local:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS)

A todos que buscam uma condição mais feliz para si para os outros.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Dr. Álvaro da Silva Santos, orientador deste trabalho, pela oportunidade de aprendizado, compreensão e atenção em todo o percurso.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia e a todos os professores, pela dedicação e conhecimento compartilhado.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos de convívio e incentivo.

À Giovanna, pelo auxílio em todas as etapas deste trabalho. E a todos os alunos e mestrandos que participaram da coleta de dados.

À Luciana, secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela presteza e atenção.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por possibilitar a realização deste trabalho.

Aos idosos que gentilmente participaram desta pesquisa, bem como todos os profissionais das UBS que colaboraram para a realização da coleta de dados.

À Pharmakon, pelo apoio para a realização de todas as atividades.

Aos amigos Ricardo, Ana Luisa, Maria Luiza, Maritza e Elaine pelo incentivo e apoio nesta caminhada.

Aos meus pais, Simon e Sylvia, minha irmã Vera e meu irmão Jorge por sempre estarem ao meu lado neste percurso de vida.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	07
<b>Abstract</b> .....	08
<b>Apresentação da Dissertação</b> .....	09
<b>Estudo 1 - Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde</b>	
Resumo .....	11
Introdução .....	13
Método .....	14
Resultados .....	16
Discussão .....	19
Considerações Finais .....	22
Referências .....	23
<b>Estudo 2 – Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos na Atenção Primária à Saúde</b>	
Resumo .....	26
Introdução .....	28
Método .....	30
Resultados .....	32
Discussão .....	37
Considerações Finais .....	41
Referências .....	42
<b>Considerações Finais da Dissertação</b> .....	46
<b>Referências da Dissertação</b> .....	47
<b>Apêndices</b>	
Apêndice A – Questionário Sociodemográfico, Condições de Saúde e Hábitos de vida	54
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre, após esclarecimento.....	56
Apêndice C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa – UFTM.....	57
Apêndice D – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde .....	63
<b>Anexos</b>	
Anexo A – Mini-Exame do Estado Mental – MEEM .....	64
Anexo B – Escala Geriátrica de Depressão – EGD-15 .....	66
Anexo C – WHOQOL – Bref .....	67
Anexo D – WHOQOL – Old .....	72

## RESUMO

O envelhecimento populacional brasileiro constitui um desafio para as políticas públicas, com estimativa de 65 milhões de idosos em 2050. A Atenção Primária, principal acesso ao Sistema Único de Saúde, é a responsável por incorporar ações que atendam à demanda da população idosa no âmbito municipal. A depressão se apresenta como um relevante e crescente problema de saúde pública sendo a principal psicopatologia em idosos, com repercussões importantes como diminuição da qualidade de vida, declínio funcional, aumento na utilização dos serviços de saúde e alta mortalidade em função de comorbidades e suicídio. O objetivo geral desta dissertação foi avaliar a qualidade de vida e os sintomas depressivos em idosos na atenção primária. Compõe-se de dois estudos de caráter exploratório, descritivo, quantitativo e transversal, realizados com 248 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Uberaba-MG. Os instrumentos utilizados foram: um questionário com dados sociodemográficos, de hábitos de vida e de condições de saúde, o Mini-Exame do Estado Mental – MEEM, a Escala Geriátrica para Depressão abreviada – EGD-15, o WHOQOL-Bref e o WHOQOL-Old. Para a análise dos dados foi utilizado o programa Software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0 e nível de significância para todos os procedimentos inferenciais foi de 1% ( $p \leq 0,01$ ). Este estudo recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O primeiro estudo teve como objetivos determinar a sintomatologia depressiva e os fatores associados, bem como investigar diagnóstico de depressão anterior à pesquisa e a utilização de medicamento antidepressivo de acordo com a intensidade de depressão. Foi observada presença de sintomas depressivos em 32,7% dos idosos, sendo 25,4% com indicativo de depressão leve e 7,3% de depressão grave. Os fatores associados à presença de sintomas depressivos foram atividade física e comorbidades. Reportaram diagnóstico prévio de depressão 22,2% dos idosos e 17% faziam uso de medicação antidepressiva (44,4% dos idosos com indicativo de depressão grave, 22,2% daqueles com indicativo de depressão leve e 12% dos idosos sem indicativo de depressão). O segundo estudo teve por objetivos avaliar a percepção de qualidade de vida (QV) e sua relação com as variáveis socioeconômicas e os sintomas depressivos. Os idosos apresentaram escore global de percepção de QV pelo WHOQOL-Bref de 62,6, sendo o domínio psicológico com maior pontuação e o domínio ambiental menor e pelo WHOQOL-Old de 64,9, com escore melhor para a faceta intimidade e pior para faceta participação social. As variáveis, sexo, idade, escolaridade renda, ocupação, religião e possuir companheiro afetaram domínios do WHOQOL-Bref e facetas do WHOQOL-Old. Houve relação significativa entre os sintomas depressivos e os domínios psicológico e social do WHOQOL-Bref e a faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-Old. Os sintomas depressivos mostraram-se fortes preditores de piores escores de percepção de QV pelos dois instrumentos, sendo que menor escolaridade afetou o domínio psicológico e não possuir companheiro influenciou o domínio social e a faceta intimidade. Os resultados encontrados nestes dois estudos podem nortear programas, estratégias e intervenções para redução dos sintomas depressivos com redução no impacto negativo sobre a percepção de QV dessa população.

**Palavras-chave:** Depressão. Qualidade de vida. Idoso. Atenção Primária à Saúde.



## ABSTRACT

Brazilian population aging is a challenge for public policies, with an estimated 65 million elderly people by 2050. Primary Care, the main access to the Unified Health System, is responsible for incorporating actions that meet the demand of the elderly population at the municipal level. Depression presents as a relevant and growing public health problem, being the main psychopathology in the elderly, with important repercussions such as reduction of quality of life, functional decline, increase in the use of health services and high mortality due to comorbidities and suicide. The general objective of this dissertation was to evaluate the quality of life and depressive symptoms in the elderly in primary care. It is composed of two exploratory, descriptive, quantitative and cross-sectional studies carried out with 248 elderly people enrolled in the Basic Health Units, in the city of Uberaba-MG. The instruments used were: a questionnaire with socio-demographic data, life habits and health conditions, the Mini-Mental State Examination - MMSE, the Geriatric Depression Scale (GDS-15), WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old. For the analysis of the data was used Software Statistical Package for Social Science (SPSS) version 20.0 and level of significance for all inferential procedures was 1% ( $p \leq 0.01$ ). This project was approved by the Municipal Health Secretariat and was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Triângulo Mineiro. The first study aimed to determine the depressive symptomatology and associated factors, as well as to investigate the diagnosis of depression prior to the research and the use of antidepressant medication according to the intensity of depression. Depressive symptoms were observed in 32.7% of the elderly, 25.4% with indicative of mild depression and 7.3% with indicative of severe depression. Factors associated with the presence of depressive symptoms were physical activity and comorbidities. The diagnosis of depression prior to the research was observed in 22.2% of the elderly and 17% used antidepressant medication (44.4% of the elderly with indicative of severe depression, 22.2% of those with indicative of mild depression and 12% of the elderly with no depression). The second study aimed to evaluate the perception of quality of life (QoL) and its relation with socioeconomic variables and depressive symptoms. The elderly had a global score of 62.6 in WHOQOL-Bref, with the highest score in the psychological domain and the lowest in the environmental domain and the a global score in WHOQOL-Old of 64.9, with a better score in facet intimacy and a worse score for facet Social participation. Variables, sex, age, schooling income, occupation, religion and possess a companion affected WHOQOL-Bref domains and WHOQOL-Old facets. There was a significant relationship between the depressive symptoms and the psychological and social domains of the WHOQOL-Bref and the facet past, present and future activities of the WHOQOL-Old. Depressive symptoms were strong predictors of worse QoL perception by the two instruments, and lower educational level affected the psychological domain and did not have a companion influenced the social domain and facet intimacy. The results found in these two studies can guide programs, strategies and interventions to reduce depressive symptoms with a reduction in the negative impact on the QoL perception of this population.

**Keywords:** Depression. Quality of life. Aged. Primary Health Care.

## APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Os sistemas de saúde contemporâneos mostram um modelo de proteção social, que ao longo do século XIX foi se desenvolvendo em função de ações governamentais nas políticas sociais e de saúde. Um serviço de saúde de âmbito nacional propiciando o acesso universal, integral e gratuito à população surge apenas em 1948, no Reino Unido. O direito à saúde passa então a ser considerado um direito de cidadania com um sistema de saúde financiado por impostos (Conill, 2006).

No Brasil, após um percurso de construção dessa nova concepção, a incorporação da saúde como direito de cidadania se consolida com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela constituição de 1988 (Brasil, 1988). Esse é um sistema público de caráter universal, destinado a oferecer um serviço de saúde equânime e de acesso integral e foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990).

Com o processo de municipalização do sistema de saúde, há um direcionamento para a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) cuja função é a organização do sistema e coordenação do cuidado em saúde. A APS atua na atenção ambulatorial não especializada com atividades clínicas diversificadas e de baixa densidade tecnológica, incorporando as atividades de saúde pública. Apesar da evolução no sistema de saúde proporcionada pelo desenvolvimento do SUS, inúmeros desafios devem ser enfrentados para que a APS possa cumprir seus objetivos de forma integral. Para que haja a valorização dos serviços aí desenvolvidos é preciso romper um padrão cultural depreciativo tanto dos usuários quanto dos gestores e profissionais envolvidos nesse setor (Lavras, 2011) e atribuir a devida importância a esse nível de assistência, que contribui para reduzir o custo e aumentar a eficiência do sistema (Conill, 2006).

A crescente demanda na APS gerada pelo envelhecimento da população brasileira e o significativo aumento das doenças crônicas requer alterações e novas abordagens, uma vez que o SUS concentra-se mais no atendimento das condições agudas (Lavras, 2011).

Dentre as doenças crônicas, a depressão se destaca como a psicopatologia mais frequente em idosos e com maior risco de morbidade e mortalidade, sendo o idoso mais vulnerável a desenvolver desordens psiquiátricas, responsáveis pela perda da autonomia e agravamento de patologias preexistentes (Carreira, Botelho, Matos, Torres & Salci, 2011).

A depressão também está associada à maior utilização dos serviços de saúde pelos usuários da Atenção Primária, o que representa maior custo para o sistema de saúde. (Amaral Carvalho, Carvalho, & Lopes, 2015). Os custos da saúde crescem enquanto as fontes de financiamento permanecem limitadas. Assim, ao se pensar em promoção da saúde e prevenção de agravos, para uma população que envelhece rapidamente, como no Brasil, o desafio é não só oferecer longevidade saudável, mas também atendimento a todos (Veras, 2012).

A proposta da Organização Mundial de Saúde (2005), estabelecida pela política de envelhecimento ativo enfatiza que, envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo, mas sim, um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida. Assim, diante do aumento da expectativa de vida da população, todas as áreas relacionadas ao envelhecimento demandam estudos com o intuito de promover a saúde e prevenir doenças possibilitando o referido envelhecimento ativo (Lehn, de Sousa Coelho, Garcia & Scabar, 2012).

Neste sentido, o movimento de humanização no campo da saúde, que ultrapassa a abordagem de sintomas e dados epidemiológicos como incidência e prevalência de doenças, passa a considerar a importância da qualidade de vida (QV) (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006).

Os idosos com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua QV. A avaliação da QV, em função de sua multidimensionalidade pode revelar a magnitude e a abrangência do acometimento imposto pelos sintomas depressivos (Lima, & Fleck, 2009).

Desta forma, o objetivo geral desta dissertação foi avaliar a qualidade de vida e os sintomas depressivos em idosos na atenção primária, na cidade de Uberaba, MG, sendo composta por dois estudos empíricos: “Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde” e “Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos na Atenção Primária à Saúde”.

## ESTUDO 1

### Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup>

Depressive symptoms and associated factors among elderly in Primary Health Care

#### Resumo

**Objetivos:** determinar sintomas depressivos e fatores associados, bem como investigar diagnóstico de depressão anterior à pesquisa e utilização de medicamento antidepressivo de acordo com a intensidade de depressão em idosos. **Métodos:** estudo exploratório, descritivo, quantitativo e transversal, realizado com 248 idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, utilizando-se um Questionário com dados sociodemográficos, de condições de saúde e de hábitos de vida e a Escala Geriátrica de Depressão abreviada, de 15 itens. **Resultados:** foi observada presença de sintomas depressivos em 32,7% dos idosos, sendo 25,4% com indicativo de depressão leve e 7,3% de depressão grave. Os fatores associados à presença de sintomas depressivos foram ausência de atividade física e comorbidades. Reportaram diagnóstico prévio de depressão 22% dos idosos e 17% faziam uso de medicação antidepressiva (44,4% com indicativo de depressão grave e 22,2% de depressão leve). **Considerações finais:** a sintomatologia depressiva elevada associada a indicativo de deficiência na detecção e no uso de medicação evidenciam a necessidade de programas e estratégias efetivas para o diagnóstico e tratamento adequados.

**Descritores:** Depressão; Antidepressivos; Idoso; Atenção Primária à Saúde;

#### Abstract

**Objectives:** To determine depressive symptoms and associated factors, as well as to investigate diagnosis of depression prior to the research and use of antidepressant medication according to the intensity of depression in the elderly. **Methods:** An exploratory, descriptive, quantitative and cross-sectional study was carried out with 248 elderly patients attending the Basic Health Units, using a Questionnaire with socio-demographic data, health conditions and life habits and the 15-

---

<sup>1</sup>Autores: Rosmarie Hajjar, Giovanna Gaudenci Nardelli, Eliana Maria Gaudenci, Álvaro da Silva Santos. Artigo submetido ao periódico, Revista RENE e aguardando decisão editorial.

item Geriatric Depression Scale. **Results:** depressive symptoms were observed in 32.7% of the elderly, 25.4% with mild depression and 7.3% with severe depression. Factors associated with the presence of depressive symptoms were absence of physical activity and comorbidities. It was a previous diagnosis of depression of 22% by the elderly, and 17% of them used antidepressant medication (44.4% with indicative of severe depression and 22.2% with mild depression). **Final Considerations:** The high depressive symptomatology associated to an indication of deficiency in the detection and use of medication evidences the need for effective programs and strategies for proper diagnosis and treatment.

**Descriptors:** Depression; Antidepressive Agents; Aged; Primary Health Care.

## Introdução

O envelhecimento populacional impõe um grande desafio à Saúde Pública, pois requer uma organização estrutural e social capaz de atender às crescentes demandas, cabendo à Atenção Primária à Saúde incorporar as ações, no âmbito municipal, preconizadas pelas políticas públicas no sentido de recuperar e promover a saúde da população.

A depressão, um transtorno mental grave, é caracterizada por alteração do humor ou estado afetivo, apresentando sintomas físicos como alterações no padrão de sono, apetite e cansaço e sintomas psicológicos como diminuição da autoestima, sentimentos de inutilidade, perda do interesse ou prazer e concentração reduzida; além disto, destaca-se como um relevante problema de saúde pública, sendo considerada a principal causa de transtorno mental em todo o mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Para o diagnóstico da depressão são utilizados critérios estabelecidos em manuais que descrevem os transtornos psicopatológicos, como o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V), elaborado pela *American Psychiatric Association* e a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) pela OMS (Eulálio, Andrade, Melo & Neri, 2015).

A depressão ou transtorno depressivo maior, de acordo com o DSM-V, é uma patologia multideterminada por fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sócio-familiares e para seu diagnóstico é preciso que sejam atendidos critérios com relação a um conjunto de perturbações que variam em duração, frequência e intensidade e incluem o humor deprimido constante ou a acentuada diminuição do prazer ou interesse. A distímia ou transtorno depressivo persistente é uma forma atenuada e crônica de depressão, que se caracteriza pela presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas: pouco apetite ou apetite excessivo, insônia ou hipersônia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, dificuldade de concentração ou dificuldade de tomar decisões e sentimentos de desesperança. O transtorno depressivo não especificado refere-se a sintomas depressivos que causam sofrimento clinicamente significativo e afetam o desempenho profissional e social, mas não satisfazem os critérios para outros transtornos depressivos (American Psychiatric Association, 2014).

Para a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) a depressão é classificada como leve, moderada e grave (F32 e F33). O DSM-V e a CID-10 descrevem os transtornos psicopatológicos, a exemplo da depressão, como qualitativamente distintos, ou seja, como

atributos categóricos, que diferem da normalidade pelo tipo de sintomas. Entretanto, as evidências apontam para uma estrutura dimensional da depressão (em graus de gravidade), que pode descrever mais apropriadamente esse construto (Eulálio, Andrade, Melo & Neri, 2015).

A Escala Geriátrica de Depressão (EGD-15), recomendada pelo Ministério da Saúde para aplicação na Atenção Primária por qualquer profissional de saúde ou auto aplicada, possui um sistema dimensional, cuja escala foi validada para valores de corte definidos para a detecção de indicativo de casos de depressão no idoso e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo (Almeida & Almeida, 1999, Eulálio, Andrade, Melo & Neri, 2015).

Os sintomas depressivos associados à depressão leve envolvem riscos elevados de progressão para a depressão ou transtorno depressivo maior, doença física, maior utilização de serviços de saúde e consumo medicamentoso aumentado. A diferenciação entre tristeza, sintomas depressivos e depressão é de grande relevância para os idosos acometidos por problemas de saúde, uma vez que a gravidade do quadro inicial depressivo, aliado à falta de tratamento, contribui para um prognóstico desfavorável (Brasil, 2007).

Estudos regionais e em áreas localizadas apresentam variações na prevalência da depressão e sintomas depressivos em idosos atendidos na Atenção Primária. Nas regiões sul e sudeste do Brasil, observou-se uma prevalência de: depressão de 7%, distímia de 3,3% e sintomas depressivos clinicamente significativos de 26% (Barcelos-Ferreira, Izbicki, Steffens & Bottino, 2010), em João Pessoa (PB), a prevalência de sintomas depressivos foi de 52% (Fernandes, Nascimento & Costa, 2012) e em Bagé (RS) de 15,1% (Bretanha, Facchini, Nunes, Munhoz, Tomasi & Thumé, 2015).

Assim o objetivo desse estudo foi determinar os sintomas depressivos e fatores associados, bem como investigar o diagnóstico de depressão prévio à pesquisa e a utilização de medicamento antidepressivo de acordo com a intensidade de depressão em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área urbana.

## **Método**

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado com 248 idosos (idade de 60 anos ou mais) cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Uberaba, MG, entre novembro de 2016 e maio de 2017. O presente estudo faz parte

de um projeto maior intitulado “Qualidade de vida e perfil de idosos na Atenção Primária de um município do interior de Minas Gerais”.

O tamanho amostral foi calculado considerando-se como variável dependente o domínio psicológico do instrumento WHOQOL-Bref, com um coeficiente de determinação  $R^2=0,10$  em um modelo de regressão linear múltipla com sete preditores, tendo como nível de significância ( $p$ ) igual a 0,01, erro beta igual a 0,1 e poder estatístico de 90%. O tamanho mínimo da amostra ( $n=228$ ), acrescido de uma perda de amostragem de 20%, foi definido em 273 idosos. Foram incluídos idosos que atingiram o escore mínimo baseado na escolaridade pela avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a seleção dos entrevistados ocorreu por conveniência, e a coleta foi realizada por uma equipe treinada.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, um Questionário com dados sociodemográficos, de condições de saúde e de hábitos de vida, e a Escala Geriátrica para Depressão - EGD-15, versão abreviada, com respostas dicotômicas (Sim/Não), que verifica sintomas de alteração no humor, desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. O estudo que validou a escala para idosos brasileiros, considerou como presença de sintomas depressivos escores acima de cinco, como indicativo de depressão leve, escores de 6 a 10 e de depressão grave, de 11 a 15, com sensibilidade de 85,4%, especificidade de 73,9% e índice de confiabilidade de 0,81 (Almeida & Almeida, 1999).

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (parecer nº 1.604.573)

Os dados dos questionários foram digitados, no programa Microsoft Excel®, por dupla entrada com digitadores independentes e transportado para o programa Software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0.

Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas e medidas de centralidade (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas. Para as medidas de associação com o indicativo de depressão foi utilizado o cálculo do teste do qui quadrado e da razão de chances (*Odd Ratios* - OR). Para a análise ajustada dos fatores associados aos sintomas depressivos, realizou-se a regressão logística binária utilizando as variáveis independentes dicotomizadas, que no modelo de análise bivariante apresentaram valor de  $p$  máximo de 0,2.



Foram calculadas as razões de chances ajustadas (*Odd Ratios* - OR) assim como seus intervalos de confiança (IC) de 95%. Foram considerados como significativos os valores de *p* iguais ou inferiores a 0,01.

## Resultados

Destaca-se na população estudada o predomínio do sexo feminino (68,5%), o baixo nível de instrução, com 51,2% com até três anos de estudo. A grande maioria dos idosos mostrou renda inferior a três salários mínimos (89,5%) e relatou ter uma religião (94,8%), sendo que 78,2% deles declararam-se católicos e evangélicos. Aproximadamente metade possuía companheiro (52,4%) e 62,9% eram aposentados (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos idosos, Uberaba, MG, 2017

Variável	Categoria	n(%)
Sexo	Feminino	170(68,5)
	Masculino	78(31,5)
Idade	60 – 79anos	229(92,3)
	≥ 80 anos	19(7,7)
Escolaridade	Nenhuma	33(13,4)
	1 a 3 anos	94(38,1)
	4 a 7 anos	82(33,2)
	8 a 11 anos	23(9,3)
	≥12 anos	12(4,9)
Renda	Até 1 SM	115(46,4)
	1 a 3 SM	107(43,1)
	4 a 6 SM	10(4,0)
	7 a 8 SM	03(1,2)
	≥11 SM	01(0,4)
Religião	Católico	157(63,3)
	Evangélico	37(14,9)
	Espírita	27(10,9)
	Outras	14(5,6)

Companheiro	Não	117(47,2)
	Sim	130(52,4)
Ocupação	Aposentado	156(62,9)
	Trabalha	33(13,3)
	Dona de casa	47(19,0)
	Outros	11(4,4)

A maioria dos idosos declarou não fumar (82,2%), não consumir bebida alcoólica (79,4%) e possuir vida sexual inativa (69,8%). A minoria relatou estar isento de patologias (8,1%) e o sedentarismo foi predominante (59,3%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características de hábitos de vida e condições de saúde dos idosos, Uberaba, MG, 2017

Variável	Categoria	n(%)
Fumar	Fumante	43(17,3)
	Ex Fumante	44(17,7)
	Não fumante	160(64,5)
Bebida Alcoólica	Não bebe	197(79,4)
	Menos 1x/Sem	30(12,1)
	1 a 3 x/Sem	14(5,6)
Vida sexual	Mais 3x/Sem	06(2,4)
	Não	173(69,8)
	Sim	69(27,8)
Atividade Física	50min3x/Sem	73(29,4)
	<150min/Sem	28(10,1)
Morbidades	Não pratica	147(59,3)
	4 ou mais	63(25,4)
	Até 3	165(66,5)
	Não tem	20(8,1)

Foi observada presença de sintomas depressivos em 32,7% (81) dos idosos estudados, sendo 25,4 % (63) com indicativo para depressão leve e 7,3% (18) com indicativo para depressão

grave. Reportaram diagnóstico prévio de depressão 22,2% (55) dos idosos, sendo que 17% (42) faziam uso de medicação antidepressiva. Dos 167 idosos sem indicativo para depressão, 12% (20) relataram tomar medicamento antidepressivo. De 63 idosos com indicativo para depressão leve, 22,2% (14) tomavam antidepressivos e dos 18 idosos com indicativo para depressão grave, 44,4% (8) utilizavam medicação antidepressiva (Tabela 3).

**Tabela 3** – Relação de Idosos e uso de antidepressivo com a intensidade da Escala Geriátrica de Depressão, EGD-15, Uberaba, MG, 2017

Antidepressivo	n	Escala Geriátrica de Depressão, GDS-15					
		Ausência de Sintomas depressivos		Indicativo Depressão Leve		Indicativo Depressão Grave	
		n	%	n	%	n	%
Faz uso	42	20	12,0	14	22,2	8	44,4
Não faz uso	205	147	88,0	48	76,2	10	55,6
Não relatou	1	-	-	1	1,6	-	-
<b>Total Idosos</b>	<b>248</b>	<b>167</b>	<b>67,3</b>	<b>63</b>	<b>25,4</b>	<b>18</b>	<b>7,3</b>

A Tabela 4 descreve a análise bivariante das características principais da amostra com a frequência de distribuição na presença de sintomas depressivos, de acordo com a EGD-15. Houve uma associação de sintomas depressivos com sexo feminino ( $p < 0,001$ ), baixa escolaridade ( $p 0,004$ ), não praticar atividade física ( $p < 0,001$ ), maior número de morbidades ( $p 0,001$ ) e não ter vida sexual ativa ( $p 0,008$ ).

A vida sexual ativa em 27,8% dos idosos contribuiu como fator protetor de sintomatologia depressiva, com 20,3% apresentando sintomas depressivos contra 38,2% dos demais. Quanto à atividade física, 59,3% não eram praticantes e possuíam um indicativo maior de depressão (42,2% contra 18,4% para os praticantes). Quanto ao etilismo e tabagismo, observou-se que eram usuários 20,6% e 17,3%, respectivamente. O número médio de morbidades foi de 2,56 (DP=1,84), sendo que para os idosos com até três morbidades o indicativo de depressão foi de 27,3% e para quatro ou mais de 50,8% (Tabela 4).

**Tabela 4** - Análise bivariante de características dos idosos na presença de sintomas depressivos, avaliada pela Escala Geriátrica de Depressão, EGD-15, Uberaba, MG, 2017.

Variável	Indicador	n	Escala Geriátrica de Depressão EGD ≥ 6		Análise Bivariante			
			n	%	OR	IC 95%	p	
Sexo	Feminino	170	68	16,7	3,33	1,71	6,51	< 0,001
	Masculino	78	13	40,0				
Idade	60 – 79 anos	229	76	33,2	2,24	1,28	3,91	0,539
	≥ 80 anos	19	5	26,3				
Escolaridade	Até três anos	127	51	40,2	2,24	1,28	3,91	0,004
	≥ quatro anos	117	27	23,1				
Renda	Até três salários min. quatro ou mais	222	76	34,2	2,24	1,28	3,91	0,036
		14	1	7,1				
Religião	Católicos/Evangélicos	194	69	35,6	2,24	1,28	3,91	0,047
	Outras	41	8	19,5				
Companheiro	Não	117	40	34,2	2,24	1,28	3,91	0,566
	Sim	130	40	30,8				
Ocupação	Menos ativo	203	72	35,5	2,24	1,28	3,91	0,026
	Mais ativo	44	08	18,2				
Fumar	Fumante	43	19	44,2	2,24	1,28	3,91	0,069
	Não fumante	204	61	29,9				
Beb.Alcoólica	Bebe	50	10	35,5	2,24	1,28	3,91	0,036
	Não bebe	197	70	20,0				
Vida sexual	Não	173	66	38,2	2,42	1,25	4,70	0,008
	Sim	69	14	20,3				
Ativ. Física	Não pratica	147	62	42,2	3,24	1,77	5,95	< 0,001
	Pratica	98	18	18,4				
Morbidades	Quatro ou mais	63	32	50,8	2,75	1,51	5,02	0,001
	Até três	165	45	27,3				

Após a análise ajustada mostraram associação com a presença de sintomas depressivos dois fatores: ausência de atividade física (OR: 3,59; IC 95%: 1,75 - 7,39;  $p$  0,001) e maior número de morbidades (OR: 2,55; IC 95%: 1,25 - 5,22;  $p$  0,01).

## Discussão

Os resultados obtidos neste estudo contemplaram os usuários idosos que buscavam o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, realizando-se o rastreamento de sintomas depressivos, o que não substitui o diagnóstico médico. A avaliação da utilização de antidepressivos se deu por meio de autorrelato, com as respectivas limitações.

Este estudo contribui para a descrição de uma realidade vivida por profissionais e usuários nas Unidades Básicas de Saúde, por evidenciar a presença de sintomas depressivos muitas vezes ignorados, assim como possíveis deficiências na prescrição de antidepressivos, o que pode auxiliar na fundamentação do planejamento ou de estudos de ações específicas e efetivas.

Embora a depressão seja considerada um problema de saúde pública há poucos estudos populacionais acerca da prevalência de depressão no Brasil (Santos, Huang, Menezes & Scazufca, 2016). A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 dimensionou o diagnóstico autorreferido das doenças crônicas na população brasileira, estimando que 7,6% dessa população recebeu diagnóstico de depressão feito por médico ou profissional de saúde mental, sendo a estimativa para idosos de 28% (Stopa, Malta, Oliveira, Lopes, Menezes & Kinoshita, 2015).

Um estudo de abrangência nacional conduzido no Brasil mostrou uma prevalência de 28,3% para sintomas depressivos na população e de 34,9% nos idosos (15,9% depressão leve a moderada e 19,1% depressão severa) (Coelho, Crippa, Santos, Pinsky, Zaleski, Caetano & Laranjeira, 2013). É possível que a diferença entre os resultados dos estudos relatados deva-se em parte ao subdiagnóstico de depressão existente no Brasil e à utilização de instrumentos para rastreamento de sintomas depressivos que não podem substituir uma avaliação de um profissional especializado em saúde mental.

A prevalência de sintomas depressivos na Atenção Primária, em estudos nacionais mostra uma grande variação. O resultado aqui apresentado (32,7%) está próximo ao encontrado em Porto Alegre (RS), 30,6% (Nogueira, Rubin, de Souza Giacobbo, Gomes & Neto, 2014). Entretanto, foram observadas prevalências maiores em Sobral (CE), 56,5% (Linhares, Oliveira, Eloia, de Lima Freitas, Shinkai & Lira, 2011) e na zona rural de Uberaba (MG), 43,9% (Rodrigues, dos Santos Tavares, Silveira, Dias, & Martins, 2015) e menores em João Pessoa (PB) 26,1% (Bretanha, Facchini, Nunes, Munhoz, Tomasi & Thumé, 2015), Coari (AM) 18,3% (Santos, Huang, Menezes & Scazufca, 2016), Tefé (AM) 18,3% (Santos, Huang, Menezes & Scazufca, 2016) e em Bagé (RS), 15,1% (Bretanha, Facchini, Nunes, Munhoz, Tomasi & Thumé, 2015).

Como fatores associados aos sintomas depressivos, as idosas apresentam chances 3,33 maiores para indicativo de depressão que os idosos ( $p < 0,001$ ). A maioria dos estudos apresenta uma prevalência de sintomas depressivos maior para as mulheres em relação aos homens (Organização Mundial de Saúde, 2012, Fernandes, Nascimento & Costa, 2012, Beltrão, Silva, Alves, Moreira, Mendes & Targino, 2011)

Os idosos com escolaridade de até três anos (40,2%) apresentam uma chance 2,24 vezes maior de apresentar sintomas depressivos ( $p$  0,004). Vários estudos estabelecem a relação da menor escolaridade com a presença de indicativo para depressão (Santos, Huang, Menezes, & Scazufca, 2016).

Os idosos que relataram vida sexual ativa (28%) apresentaram menor proporção de sintomas depressivos (20,3%) do que os inativos (38,2%) ( $p$  0,008), tendo esses, chances 2,42 maiores de apresentarem sintomatologia depressiva. Um estudo epidemiológico realizado com 1.656 idosos em Florianópolis observou presença de sintomas depressivos em 15,1% dos idosos ativos sexualmente e em 30% nos idosos inativos (Borges, Benedetti, Xavier & d'Orsi, 2013).

Após análise ajustada dois fatores mantiveram a associação com a presença de sintomas depressivos neste estudo: a ausência de atividade física e o maior número de comorbidades.

Estudos mostram efeito positivo da prática de atividade física regular como coadjuvante na prevenção e no tratamento de várias patologias associadas ao estresse e à depressão (Organización Mundial de La Salud, 2012). A depressão está associada à diminuição de neurotransmissores responsáveis pela sensação de bem estar e prazer, que são liberados durante a atividade física, gerando efeito protetor de sintomas depressivos em ambos os sexos. A condição gerada pela atividade física pode favorecer o melhor enfrentamento de perdas presentes no processo de envelhecimento e diminuir os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, além de contemplar o aspecto psicossocial, aumentando a interação social (Reichert, Diogo, Vieira & Dalacorte, 2011).

A presença de sintomas depressivos foi 2,75 vezes maior para os idosos com quatro ou mais patologias, estando de acordo com estudos que mostram a associação da depressão com a presença de maior número de comorbidades. A depressão é responsável por 4,3% da carga global de doenças e está entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo, principalmente para as mulheres (Organización Mundial de La Salud, 2012). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo populacional com 1720 adultos no sul do país, no qual a prevalência de depressão foi 1,44 vezes maior entre os participantes que reportaram uma doença crônica e 2,25 vezes naqueles com duas ou mais (Boing, Melo, Boing,, Moretti-Pires, Peres & Peres, 2012).

O autorrelato de diagnóstico de depressão em idosos encontrado neste estudo (22,2%) é inferior ao relatado na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (28,9%) (Stopa, Malta, Oliveira, Lopes, Menezes & Kinoshita, 2015).

Pesquisas nacionais norte-americanas, realizadas entre 1992 e 2005, revelaram que a maioria das pessoas diagnosticadas com depressão na Atenção Primária não atendia aos critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior como definido no DSM-IV. Muitos dos diagnosticados com depressão na Atenção Primária podem apresentar distímia ou estresse emocional, caracterizado por estresse associado à desesperança e desespero (Mojtabai, 2014). Adicionalmente, em idosos várias manifestações podem ser confundidas com os sintomas depressivos como problemas de sono, fadiga e baixos níveis de energia associados a outras condições médicas, bem como perdas de cônjuge e diminuição das redes sociais, que resultam na diminuição do envolvimento social.

Embora seja um estudo localizado e com uma amostra que representa apenas uma cidade, os dados sobre a utilização de medicamento antidepressivo por idosos que não apresentaram sintomas depressivos (12%), por idosos com indicativo de depressão leve (22,2%) e indicativo de depressão severa (44,4%) podem alertar para a possível inadequação das prescrições de antidepressivos, quer pelas dificuldades de diagnóstico na Atenção Primária, quer pela medicalização induzida pelo intenso marketing da indústria farmacêutica (Mojtabai, 2014). A dificuldade de diagnóstico de depressão encontrada pelos médicos generalistas da Atenção Primária tem sido alertada pela OMS (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Dos idosos com indicativo de depressão grave 55,6% declararam não utilizar antidepressivo, evidenciando um possível subdiagnóstico ou uma baixa adesão ao tratamento apresentada por essa população. Esse dado é confirmado pela Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014), que revelou que 52% das pessoas com diagnóstico de depressão utilizavam antidepressivos e apenas 46,4% receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses. Essa pesquisa mostrou ainda que em torno de 54% das pessoas com depressão recorreu à assistência médica pública.

### **Considerações finais**

Este estudo mostrou a presença de sintomas depressivos em 32,7% dos idosos atendidos nas UBS, sendo 25,4 % com indicativo de depressão leve e 7,2% de depressão grave. Os fatores associados aos sintomas depressivos foram ausência de atividade física e maior número de comorbidades. Reportaram diagnóstico prévio de depressão 22,2% dos idosos,

Faziam uso de medicação antidepressiva 17% dos idosos, correspondendo a 12% dos idosos que não mostraram sintomas depressivos, 22,2% dos que apresentaram indicativo de depressão leve e 44,4% daqueles com indicativo de depressão severa.

Esses achados evidenciam uma importante demanda para desenvolvimento de programas e estratégias que possam disponibilizar atividades protetoras contra os sintomas depressivos, bem como capacitar os profissionais da Atenção Primária ao diagnóstico e manejo da depressão, favorecendo o tratamento adequado para essa população.

## Referências

- Almeida OP & Almeida SA. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*, 57(2B), 421-6
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Barcelos-Ferreira, R., Izbicki, R., Steffens, D. C. & Bottino, C. M. (2010). Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 22(05), 712-726.
- Beltrão, I. N., Silva, L. M., Alves, M. D. S. C. F., Moreira, M. A. S., Mendes, F. & Targino, R. R. B. (2011). Sintomatologia da depressão em idosos atendidos em unidades básicas de Saúde. *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 3(5, n. esp), 1-8.
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G. & Peres, M. A. (2012). Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Revista de saúde pública*, 46(4), 617-623.
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J. & d'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710.



- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2007). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* – Brasília: Ministério da Saúde.
- Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T.N., Tomasi, E. & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. epidemiol*, 18(1), 1-12.
- Coelho, C. L., Crippa, J. A. S., Santos, J. L., Pinsky, I., Zaleski, M., Caetano, R. & Laranjeira, R. (2013). Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 142-149.
- Eulálio, M. D. C., Andrade, T. F. D., Melo, R. L. P. D. & Neri, A. L. (2015). A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cad. saúde pública*, 31(3), 555-56
- Fernandes, M. D. G. M., Nascimento, N. F. D. S. & Costa, K. N. D. F. M. (2012). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 11(1).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (Brasil). Disponível: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- Linhares, J. C., Oliveira, E. N., Eloia, S. C., de Lima Freitas, C. A. S., Shinkai, H. & Lira, T. Q. (2011). Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela Atenção Primária de Sobral—CE. *Northeast Network Nursing Journal*, 12.
- Mojtabai, R.. (2014). Diagnosing depression in older adults in primary care. *The New England journal of medicine*, 370(13), 1180.

- Nogueira, E. L., Rubin, L. L., de Souza Giacobbo, S., Gomes, I. & Neto, A. C. (2014). Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 368-377.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Salud mental: la depresión. Nota descriptiva N°369. Ginebra. >. [Citado em: 01 jun 2017]; . Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Reichert, C. L., Diogo, C. L., Vieira, J. L. & Dalacorte, R. R. (2011). Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 165-170.
- Rodrigues, L. R., dos Santos Tavares, D. M., Silveira, F. C. O., Dias, F. A. & Martins, N. P. F. (2015). Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4(2).
- Santos, E. R., Huang, H., Menezes, P. R. & Scazufca, M. (2016). Prevalence of depression and depression care for populations registered in primary care in two remote cities in the Brazilian Amazon. *PloS one*, 11(3), e0150046.
- Stopa, S.R., Malta, D.C., Oliveira, M.M.D., Lopes, C.D.S., Menezes, P.R. & Kinoshita, R.T.. (2015) Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 170-180.

## ESTUDO 2

### Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos na Atenção Primária

Quality of life and depressive symptoms among elderly in Primary Care

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a percepção de qualidade de vida (QV) e sua relação com as variáveis socioeconômicas e os sintomas depressivos em idosos usuários da Atenção Primária. **Métodos:** estudo exploratório, descritivo, quantitativo e de caráter transversal. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico, Mini-Exame do Estado Mental – MEEM, Escala Geriátrica de Depressão-EGD-15, WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 20.0. **Resultados:** Os idosos apresentaram escore global de percepção de QV pelo WHOQOL-Bref de 62,6, sendo o domínio psicológico com maior pontuação e o domínio ambiental menor e pelo WHOQOL-Old de 64,9, com escore mais alto na faceta intimidade e mais baixo na faceta participação social. As variáveis, sexo, idade, escolaridade renda, ocupação, religião e possuir companheiro afetaram o domínio físico, psicológico e social do WHOQOL-Bref e a faceta autonomia, morte ou morrer, intimidade e função sensorial do WHOQOL-Old. Sintomas depressivos estavam presentes em 32,7% dos idosos e afetaram significativamente todos os domínios do WHOQOL-Bref e todas as facetas do WHOQOL-Old. Os sintomas depressivos mostraram-se fortes preditores de piores escores de percepção de QV, pelos dois instrumentos enquanto que as variáveis, menor escolaridade, afetou o domínio psicológico e não possuir companheiro influenciou o domínio social e a faceta intimidade. **Considerações finais:** os resultados encontrados podem nortear intervenções para redução dos sintomas depressivos produzindo um impacto positivo sobre a percepção de QV dessa população.

**Descritores:** Qualidade de vida, Idoso, Depressão, Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT**

**Objective:** to evaluate the perception of quality of life (QoL) and its relationship with socioeconomic variables and depressive symptoms in elderly Primary Care users. **Methods:** an exploratory, descriptive, quantitative and cross-sectional study. For the data collection, a sociodemographic questionnaire was used, Mini-Mental State Examination - MMSE, Geriatric Scale for Abbreviated Depression - EGD-15, WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old. The SPSS statistical software version 20.0 was used to analyze the data. **Results:** The elderly had a global score in perception of QoL of 62,6 in WHOQOL-Bref, with the highest score in the psychological domain and the lowest in environmental domain, and in WHOQOL-Old of 64.9, with a better score for the intimacy and worse for social participation facet. The variables, sex, age, income level, occupation, religion and companion affected the physical, psychological and social domain of WHOQOL-Bref and the autonomy, death or dying facet, intimacy and sensory function of the WHOQOL-Old. Depressive symptoms were present in 32.7% of the elderly and significantly affected all WHOQOL-Bref domains and all facets of the WHOQOL-Old. The depressive symptoms were strong predictors of worse QoL perception scores by the two instruments, while the variables, lower educational level, affected the psychological domain and do not have a companion influenced the social domain and facet intimacy. **Final Considerations:** the results found may guide interventions to reduce depressive symptoms producing a positive impact on the QoL perception of this population.

**Descriptors:** Quality of life, Aged, Depression, Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano possibilitou o aumento da expectativa de vida permitindo a ampliação da vivência do processo de envelhecimento. Entretanto, embora esse processo esteja comumente associado à diminuição das capacidades físicas e cognitivas, maior vulnerabilidade a processos degenerativos e crescente dependência, pode ser entendido de forma bastante diversa, dada sua heterogeneidade.

Um estudo na população norte-americana, em faixas etárias a partir dos 51 anos, avaliou marcadores de bem estar como: boa auto percepção de saúde, independência nas atividades diárias, capacidade de trabalho preservada, ausência de doenças crônicas comuns e boa percepção de qualidade de vida, observando que 48% dos que tinham entre 51 e 54 anos e 28% daqueles com 85 anos ou mais relataram estado de saúde ótimo ou muito bom. Por outro lado, 89% dos adultos com 51 a 54 anos e 56% dos que tinham mais de 85 anos reportaram limitações em relação à saúde no trabalho e em casa (Lowsky, Olshansky, Bhattacharya & Goldman, 2014). Desta forma, muitos indivíduos adultos apresentavam significativo comprometimento da sua saúde, levando a se desmistificar a ideia de envelhecimento caracterizada por aumento das limitações e declínio da saúde. O estudo sugere que é tempo de reconsiderar a importância do envelhecimento cronológico e estabelecer melhores políticas sociais que reflitam melhores condições de saúde e bem estar ao longo da vida da população (Lowsky, Olshansky, Bhattacharya & Goldman, 2014).

Essa visão é adotada pela OMS que conceitua o envelhecimento ativo como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (World Health Organization, 2005).

Entretanto, embora o envelhecimento não indique necessariamente declínio da saúde ou maiores deficiências, a população idosa mostra-se mais afetada. Em países desenvolvidos, como o Canadá, observou-se que 33% dos idosos com 65 anos ou mais apresentavam alguma incapacidade, aumentando para 44% naqueles com 75 anos ou mais. (Health and Health Care for an Aging Population, 2013). Nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, fatores sociais como alimentação, habitação, educação, podem gerar um impacto negativo na produção de saúde nos idosos (Geib, 2012).

Torna-se importante estabelecer formas de avaliar o processo de envelhecimento e neste sentido surge o conceito de Qualidade de Vida (QV), definido pela Organização Mundial de Saúde, como "uma percepção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e na relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (World Health Organization, 2001).

A QV é um construto cuja definição é influenciada por aspectos culturais, éticos, religiosos e pessoais e está relacionada à percepção individual. Há um consenso quanto ao seu aspecto multidimensional, que compreende parâmetros subjetivos como bem-estar, felicidade e conquistas pessoais e parâmetros objetivos que se referem à satisfação das necessidades básicas e àquelas que emergem da estrutura social disponível (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006)

A percepção dos idosos sobre QV está fortemente associada a ter saúde, havendo também referências à importância de sentimentos positivos, relações pessoais e alimentação. Assim quanto maior o número de morbidades, menores os escores de percepção da QV. (Paskulin, Córdova, Costa & Vianna, 2010).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a depressão, como sendo a doença mental mais prevalente em idosos. A depressão é caracterizada por alteração do humor ou do estado afetivo, perda de interesse ou prazer, alterações do sono e apetite, cansaço, diminuição da autoestima, sentimentos de inutilidade e concentração reduzida (Organización Mundial de la Salud, 2012). Pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V), a depressão é denominada transtorno depressivo maior, podendo se apresentar de forma mais branda, porém crônica, sendo classificada como distímia ou como transtorno depressivo não especificado, quando ocorrem sintomas depressivos com significação clínica, mas que não se enquadram em outras definições (American Psychiatric Association, 2014). Os sintomas depressivos podem ser identificados por várias escalas, em intensidades variáveis, podendo provocar alterações no desempenho social e ocupacional, ou ainda incluir sentimentos de culpa e em casos mais graves pensamentos de morte ou suicídio (Oliveira, Bezerra, Silva, Alves, Moreira & Caldas, 2012).

Um estudo com idosos com indicativo de depressão da zona rural no município de Uberaba-MG revelou alterações na percepção de QV, em vários aspectos da vida dessa população (Rodrigues, Tavares, Silveira, Dias & Martins, 2015). Outro estudo realizado em Sete

Lagoas, MG com 2052 idosos mostrou a associação de ausência de sintomas depressivos e boa qualidade de vida (Campos, Ferreira, Vargas & Albala, 2014).

A Atenção Básica de Saúde, apoiada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o grande desafio de enfrentar os problemas de saúde mental implantando ações, reorganizando o trabalho de forma a prover apoio técnico específico em saúde mental, incorporando intervenções mais apropriadas, como acolhimento e escuta qualificada possibilitando a ampliação do conceito de saúde-doença na rede básica de serviços de saúde do SUS (Tanaka, 2009).

Considerando que o envelhecimento populacional constitui um desafio para a gestão das políticas públicas no Brasil, avaliar a QV nessa população é de grande importância, uma vez que esta constitui um direito do idoso conforme preconizado pelo Estatuto do Idoso e pela Política Nacional do Idoso (Ministério da Saúde, 2009; Carvalho, 2011)

Apesar da percepção negativa da qualidade de vida estar intimamente associada à depressão, quando se abordam os sintomas depressivos pode-se verificar variações quanto aos aspectos afetados em cada população, e a avaliação da percepção da QV torna-se importante para se observar a extensão das repercussões desses sintomas (Lima & Fleck, 2009).

Neste sentido, a proposta deste estudo é avaliar a qualidade de vida e sua relação com as variáveis socioeconômicas e os sintomas depressivos em idosos usuários da Atenção Primária na cidade de Uberaba.

## **MÉTODOS**

Este estudo, descritivo, exploratório, transversal e com abordagem quantitativa, faz parte de um projeto maior intitulado “Qualidade de vida e perfil de idosos na Atenção Primária de um município do interior de Minas Gerais”. Envolveu 248 idosos (idade de 60 anos ou mais) cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Uberaba, MG, com funções cognitivas satisfatórias, avaliadas pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) de acordo com o nível de instrução.

O cálculo do tamanho da amostra considerou como variável dependente o domínio psicológico do instrumento WHOQOL-Bref, com um coeficiente de determinação  $R^2=0,10$  em um modelo de regressão linear múltipla com sete preditores, tendo como nível de significância ( $p$ ) igual a 0,01, erro beta igual a 0,1 e poder estatístico de 90%. O tamanho de amostra mínimo

de 228 entrevistas foi obtido utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 14 e pelo acréscimo de perda na amostragem de 20%, foram definidos 273 idosos.

A seleção da amostra foi feita por conveniência e a coleta foi realizada por uma equipe treinada, no período de novembro de 2016 a maio de 2017. Foram utilizados os instrumentos: um Questionário com dados sociodemográficos, de condições de saúde e de hábitos de vida, a Escala Geriátrica para Depressão - EGD-15, versão abreviada, o WHOQOL-Bref e o WHOQOL-Old.

A Escala Geriátrica de Depressão - EGD-15, versão abreviada compreende respostas dicotômicas (Sim/Não), avaliando sintomas de alteração no humor, desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. Esta escala foi validada para idosos brasileiros, considerando como presença de sintomas depressivos escores acima de 5, com sensibilidade de 85,4%, especificidade de 73,9% e índice de confiabilidade de 0,81(Almeida & Almeida, 1999).

O WHOQOL-Bref, validado para população brasileira, avalia a QV por meio de 26 perguntas que compõem os seguintes domínios: físico, psicológico, social e ambiental. As respostas são apresentadas, em escala de likert, variando de 1 a 5 e os escores calculados em escala de 0 a 100 (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000). O WHOQOL-Old, módulo complementar do WHOQOL-Bref, para a população idosa, validado no Brasil, é constituído de 24 questões, distribuídas em 6 facetas: autonomia, participação social, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer, intimidade e funcionamento dos sentidos, em escala Likert com 5 opções. A validação deste instrumento para a população brasileira mostrou consistência interna adequada (Coeficiente de Cronbach: 0.71 a 0.88), validade de discriminação ( $p < 0.01$ ), validade concorrente (coeficiente de correlação de -0.61 a -0.50) e fidedignidade de teste e reteste (coeficiente de correlação de 0.58 a 0.82) (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006).

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro ( parecer nº 1.604.573).

Os dados dos questionários foram digitados, no programa Microsoft Excel®, por dupla entrada com digitadores independentes e transportado para o programa Software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0.



Para a análise exploratória dos dados foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), considerando as variáveis de interesse para a caracterização dos idosos participantes do estudo.

Para a correlação entre a percepção de qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas foi utilizado o teste t para amostras independentes, com nível de significância de 0,01 ( $p \leq 0,01$ ).

Para a confirmação da relação entre variáveis preditoras e a qualidade de vida, foi realizada a regressão linear múltipla com sete preditores (sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação, companheiro e presença de sintomas depressivos), escolhidos de acordo com a literatura e pelos resultados da análise do teste t, para variáveis com valores de p menores que 0,2. É preciso destacar que todos os pré-requisitos para a utilização do método de regressão, tais como análise de resíduos, valores atípicos e multicolinearidade, foram levados em consideração.

## RESULTADOS

Os idosos que participaram deste estudo apresentaram um predomínio do sexo feminino (68,5%) e aproximadamente metade (51,2%) tinha menos de quatro anos de estudo. A renda abaixo de quatro salários mínimos (89,5%) e possuir religião (94,8%) caracterizou grande parte destes idosos. A maioria (62,9%) era de aposentados e declarou possuir companheiro (52,4%).

Por meio do WHOQOL-Bref destacaram-se as médias no domínio psicológico, como mais alta (67,3) e a mais baixa no domínio ambiental (58,6). Pelo WHOQOL-Old, os idosos apresentaram maior percepção de QV na faceta intimidade e menor na faceta participação social, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** – Percepção de Qualidade de Vida em Idosos, Uberaba, MG, 2017

	Média	Desvio Padrão
<b>WHOQOL- Bref - Domínios</b>		
Global	62,6	13,8
Físico	61,2	17,2
Psicológico	67,3	17,5
Social	65,1	18,3
Ambiental	58,6	12,9
<b>WHOQOL-OLD - Facetas</b>		
Global	64,9	15,0
Autonomia	65,5	17,8
Atividades Pass., Pres. e Fut.	65,9	17,0
Participação Social	62,1	17,5
Morte ou Morrer	63,3	27,9

Intimidade	68,3	21,6
Função Sensorial	66,2	24,6

As variáveis sociodemográficas que mostraram influenciar o domínio físico do WHOQOL-Bref foram renda e ocupação, sendo que menor renda e menor atividade apresentaram médias de percepção de QV menores. O domínio psicológico foi afetado pelo sexo e escolaridade, sendo sexo feminino e nível de instrução com menos de quatro anos de estudo com menores médias. Possuir companheiro repercutiu em uma melhor percepção de QV no domínio social, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição de dados sociodemográficos e domínios do WHOQOL-Bref em idosos, Uberaba, MG, 2017.

	Domínios WHOQOL-Bref							
	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>Sexo</b>								
Masculino	65,1	16,2	71,8*	15,1	66,1	18,3	61,6	13,3
Feminino	59,5	17,3	65,3*	18,2	64,7	18,4	57,2	12,6
<b>Idade</b>								
60 a 79 anos	61,4	17,4	66,9	17,4	65,2	18,5	58,4	13,1
Mais 79 anos	58,9	14,7	71,7	18,7	63,6	16,9	60,2	10,7
<b>Escolaridade</b>								
Até 3 anos	59,2	16,8	63,9*	17,9	62,6	18,7	58,3	12,5
4anos ou mais	63,2	17,3	71,7*	15,8	68,3	17,4	59,3	13,4
<b>Renda</b>								
Até 3 SM	60,2*	17,1	66,8	17,8	64,8	18,4	58,0	12,9
4 SM ou mais	73,5*	12,4	75,6	10,7	69,6	12,5	63,4	11,2
<b>Ocupação</b>								
Menos ativo	59,2*	17,3	66,4	18,1	65,2	17,9	58,6	12,9
Mais ativo	69,6*	13,2	71,6	14,1	65,7	19,8	58,9	13,1
<b>Companheiro</b>								
Não	60,8	16,1	67,7	16,9	62,3*	19,4	57,8	12,8
Sim	61,4	18,1	67,0	18,2	68,0*	16,6	59,4	13,0
<b>Religião</b>								
Catol. e Evang	60,3	16,7	66,5	17,8	65,1	18,0	57,9	12,5
Outros	64,0	18,1	70,8	17,2	65,7	17,2	61,4	14,9

DP – Desvio Padrão; \*  $p \leq 0,01$

Pela avaliação do WHOQOL-Old mostraram exercer influência com menores resultados, na faceta autonomia, os idosos menos ativos; na faceta morte ou morrer, aqueles com idade de 60 a 79 anos e os católicos e evangélicos; na faceta intimidade, os que não possuíam companheiro e na faceta função sensorial aqueles entre 60 a 79 anos (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição de dados sociodemográficos e facetas do WHOQOL-Old em idosos, Uberaba, MG, 2017.

	Facetas WHOQOL-Old											
	Autonomia		Atividades Pass.Pres.Fut.		Participação Social		Morte ou Morrer		Intimidade		Função Sensorial	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>Sexo</b>												
Masculino	66,6	16,1	67,7	15,7	62,1	18,0	64,1	29,2	70,2	20,7	67,7	24,7
Feminino	64,9	18,5	65,1	17,5	62,1	17,3	62,9	27,4	67,5	22,0	65,5	24,6
<b>Idade</b>												
60 a 79 anos	66,1	17,6	65,8	17,4	62,1	17,8	62,1*	28,1	67,9	21,9	66,6	24,6
Mais 79 anos	57,9	18,3	68,1	11,8	61,8	14,0	77,3*	21,4	73,4	18,3	61,8	24,3
<b>Escolaridade</b>												
Até 3 anos	63,9	18,6	65,8	16,8	62,2	17,3	63,1	26,6	65,7	22,7	60,5*	24,3
4 ou mais	67,6	16,5	66,6	17,3	62,3	18,0	63,8	29,4	71,4	20,2	72,3*	23,6
<b>Renda</b>												
Até 3 SM	65,4	17,7	65,8	17,2	61,9	17,6	61,9	28,2	67,9	21,5	65,0	24,8
4 SM /mais	69,2	11,0	63,5	11,4	58,7	16,9	72,6	23,6	73,6	14,7	78,4	21,8
<b>Ocupação</b>												
Menos ativo	64,1*	18,0	66,6	16,9	61,7	17,5	64,3	26,7	68,0	21,6	64,9	24,5
Mais ativo	72,7*	14,0	63,7	17,2	64,1	17,4	57,5	32,7	69,9	22,0	72,0	24,7
<b>Companheiro</b>												
Não	66,9	17,5	65,3	18,4	61,2	17,6	64,7	26,5	64,2*	21,1	66,3	23,1
Sim	64,5	17,7	66,7	15,5	63,1	17,4	61,7	29,1	72,1*	21,5	66,1	26,01
<b>Religião</b>												
Catol. e Evang	65,0	14,9	66,3	16,9	61,9	17,0	60,4*	27,9	68,1	22,0	66,1	24,9
Outros	69,0	18,0	64,9	17,7	63,7	19,7	74,1*	27,1	67,0	20,3	68,6	21,7

DP – Desvio Padrão; \*  $p \leq 0,01$

Dos 248 idosos entrevistados nas UBS, 32,7% apresentaram sintomas depressivos. Todos os domínios do WHOQOL-Bref e facetas do WHOQOL-Old foram afetados negativamente na presença de sintomas depressivos, como mostrado na Tabela 4.

**Tabela 4** – Presença de sintomas depressivos e influência na percepção de qualidade de vida em idosos, Uberaba, MG, 2017.

	Presença de Sintomas depressivos		Diferença entre médias (IC 95%)		Teste t	P
	Sim	Não				
<b>WHOQOL-Bref Domínios</b>						
Físico	48,6±14,3	67,4 ±14,9	-22,8	-15,0	-9,5	<0,001
Psicológico	51,5±16,0	75,0 ±12,3	-27,1	-19,9	-12,7	<0,001
Social	54,7±19,4	70,2 ±15,5	-20,0	-11,0	-6,8	<0,001
Ambiental	50,7±14,3	62,4 ±15,0	-14,9	-8,6	-7,4	<0,001
<b>WHOQOL-Old Facetas</b>						
Autonomia	55,3±16,9	70,5±16,0	-19,6	-10,9	-6,9	<0,001
Atividades Pass. Pres. Fut.	56,5±17,1	70,6±14,9	-18,3	-9,9	-6,6	<0,001
Participação Social	54,0±16,5	66,0±16,6	-16,5	-7,6	-5,3	<0,001
Morte ou Morrer	53,9±27,5	67,9±27,0	-21,2	-6,7	-3,8	<0,001
Intimidade	57,4±20,7	73,7±20,0	-21,7	-10,8	-5,9	<0,001
Função Sensorial	55,3±24,8	71,5±22,8	-22,5	-9,9	-5,1	<0,001

Após análise de regressão linear múltipla, frente aos preditores sociodemográficos e o indicativo de depressão, todos os domínios do WHOQOL-Bref (Tabela 5) e todas as facetas do WHOQOL-Old (Tabela 6) foram forte e negativamente afetadas na presença de sintomas depressivos. Adicionalmente houve influência negativa no domínio psicológico da menor escolaridade e não possuir companheiro afetou o domínio social e a faceta Intimidade igualmente de forma negativa.

**Tabela 5** – Influência das variáveis sociodemográficas e Indicativo de depressão na percepção da qualidade de vida em idosos, Uberaba, MG, 2017.

	Domínios WHOQOL-Bref			
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental

<b>Sexo</b>				
Beta	-0,018	-0,048	0,089	-0,054
P	0,761	0,381	0,177	0,408
<b>Idade</b>				
Beta	-0,040	0,064	-0,034	0,011
P	0,475	0,219	0,574	0,858
<b>Escolaridade</b>				
Beta	0,040	0,141	0,114	-0,210
P	0,938	0,008	0,069	0,744
<b>Renda</b>				
Beta	0,078	0,021	-0,002	0,063
P	0,188	0,700	0,969	0,325
<b>Ocupação</b>				
Beta	0,118	-0,006	-0,540	-0,077
P	0,051	0,908	0,373	0,241
<b>Companheiro</b>				
Beta	-0,006	-0,031	0,175	0,017
P	0,913	0,563	0,006	0,792
<b>Indicativo</b>				
<b>Depressão</b>				
Beta	0,503	0,599	0,407	0,408
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

**Tabela 6** – Influência das variáveis sociodemográficas e Indicativo de depressão na percepção da qualidade de vida em idosos, Uberaba, MG, 2017.

	<b>Facetas WHOQOL-Old</b>					
	<b>Autonomia</b>	<b>Atividades Pas,Pres,Fut</b>	<b>Participação Social</b>	<b>Morte/ Morrer</b>	<b>Intimidade</b>	<b>Função Sensorial</b>
<b>Sexo</b>						
Beta	0,034	0,007	0,109	0,022	0,099	0,026
P	0,600	0,919	0,113	0,754	0,132	0,701
<b>Idade</b>						
Beta	-0,129	0,008	-0,012	0,122	0,078	-0,036
P	0,035	0,898	0,851	0,058	0,201	0,570
<b>Escolaridade</b>						
Beta	0,001	-0,010	-0,049	-0,010	0,124	0,169
P	0,991	0,875	0,450	0,881	0,048	0,010
<b>Renda</b>						
Beta	-0,029	-0,056	-0,094	0,109	-0,018	0,075
P	0,651	0,387	0,154	0,102	0,772	0,260
<b>Ocupação</b>						
Beta	0,125	-0,112	0,040	-0,170	0,032	-0,004
P	0,052	0,087	0,547	0,012	0,620	0,953
<b>Companheiro</b>						

Beta	-0,072	0,026	0,071	-0,054	0,183	0,013
P	0,264	0,691	0,291	0,421	0,005	0,850
<b>Ind.</b>						
<b>Depressão</b>						
Beta	0,407	0,417	0,359	0,256	0,376	0,269
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

## DISCUSSÃO

A população idosa atendida na Atenção Primária reflete em seu padrão de saúde atual as consequências das desigualdades sociais. Identificar as características e necessidades de cada grupo poderá auxiliar os gestores, bem como os profissionais que atuam diretamente nessa área a desenvolver ações específicas de enfrentamento da demanda.

Os idosos atendidos nas UBS apresentam um baixo nível de instrução e renda, sendo a maioria do sexo feminino e vivendo com companheiro. Um estudo realizado na zona rural de Uberaba, MG, mostrou a caracterização da população semelhante em relação a predomínio do sexo feminino (63,6%), da escolaridade abaixo de quatro anos (63,2%), da renda abaixo de quatro salários mínimos (89,9%) e de casados (59,9%) (Rodrigues, Tavares, Silveira, Dias & Martins, 2016).

O escore global de percepção de qualidade de vida apresentado por essa população pelo WHOQOL-Bref foi de 62,6 e pelo WHOQOL-Old de 64,9. Em estudo realizado em Porto Alegre com 272 idosos quem residiam na comunidade, o escore geral, de acordo com o WHOQOL-Bref, foi 69,81, acima do encontrado nesta pesquisa (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013).

Por meio da avaliação de domínios e facetas da percepção de QV são evidenciados tanto aspectos individuais quanto ambientais envolvidos no padrão de saúde que advém de todo o curso de vida desses idosos.

Nesse sentido, pelo WHOQOL-Brief, o mais alto resultado encontrado (67,3) foi no domínio psicológico, que aborda o aspecto individual avaliando os sentimentos positivos e negativos, a capacidade de pensar, aprender, de memorizar e se concentrar, a autoestima, a percepção da imagem corporal e aceitação da aparência (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000). Em estudo realizado com idosos aposentados do serviço público do governo do estado do Maranhão também foi observado alto score no domínio psicológico, entretanto com uma menor percepção de QV (58,3) (Castro & Silva, 2013).

Por outro lado, a média mais baixa foi observada no domínio ambiente, que avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de lazer e recreação, ambiente físico e transporte, podendo refletir a influência dos determinantes sociais desfavoráveis, que se relacionam aos níveis baixos de instrução e de renda que caracterizaram esses idosos (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000, Geib, 2012).

Dois estudos mostraram os mesmos resultados, um com idosos residentes na zona rural de Uberaba, MG, onde foi encontrada menor média no domínio ambiental e maior no domínio social (Rodrigues, Tavares, Silveira, Dias & Martins, 2016) e outro realizado com idosos atendidos por duas Unidades de Saúde da Família (USF) em João Pessoa (PB), com resultados mais altos no domínio social (73,9) e o menor no domínio ambiental (61,3) (Assis, Pontes, Monteiro, Silva, Pereira, Silva ... & Pimenta 2015).

De forma semelhante, pelo WHOQOL-Old os idosos apresentaram maior percepção de QV na faceta intimidade, relacionada ao aspecto individual, à capacidade estabelecer relacionamentos pessoais e íntimos, sendo que vale ressaltar que mais da metade desses idosos possuíam companheiro. O valor mais baixo foi na faceta participação social, que avalia atividades cotidianas e na comunidade, e que pode refletir além do aspecto individual as deficiências de suporte da rede social com oportunidades reduzidas de atividades de lazer e serviços sociais (Geib, 2012; Power & Schmidt 2006).

O domínio físico do WHOQOL-Bref, que se refere à avaliação de desconforto, fadiga, sono, mobilidade, atividades cotidianas e capacidade de trabalho e dependência de tratamentos e medicamentos (Fleck, Louzada, Chachamovich, Santos e Pizon, 2000), foi significativamente afetado pela menor renda e menor atividade. A faceta autonomia do WHOQOL-Old, que avalia habilidade de viver com independência e tomar suas próprias decisões (Power & Schmidt, 2006), também mostrou associação com a ocupação, sendo os idosos menos ativos afetados negativamente.

A menor renda e os baixos níveis de instrução dessa população estão entre os determinantes sociais que ao longo da vida propiciam menores possibilidades de condições alimentares e de hábitos de vida adequados que refletirão em alterações clínicas físicas com maior necessidade de serviços de saúde (Geib, 2012).

Um estudo que avaliou a influência das variáveis sociodemográficas sobre a percepção de QV de idosos (institucionalizados, hospitalizados e da comunidade) mostrou a relação positiva com maior atividade, tanto no aspecto profissional quanto de voluntariado (Oliveira, Hohendorff, Müller, Bandeira, Koller, Fleck et al., 2013). A menor atividade (62,9% dos idosos aposentados) reflete a condição cultural do envelhecimento caracterizado pelas incapacidades e inatividade, distante da condição de saúde e manutenção da atividade, preconizados pelo envelhecimento ativo (Lowsky, Olshansky, Bhattacharya & Goldman, 2013). O sexo feminino e o nível de instrução mostraram influenciar o domínio psicológico, relacionado à forma de pensar, aprender, autoestima, percepção corporal (Fleck, Louzada, Chachamovich, Santos & Pizon, 2000).

A escolaridade também influenciou a faceta Função Sensorial do WHOQOL-Old, que se refere a perdas da função sensorial e na habilidade de participar de atividades diárias ou de interagir com outras pessoas (Power & Schmidt, 2006). Um estudo com idosas participantes de um Centro de Convivência de Idosos do Distrito Federal, onde 35% delas tinha nível de instrução igual ou superior ao ensino fundamental completo, mostrou não haver diferenças de gênero na percepção de QV (Rufine, Silva, Formiga & Melo, 2014). Assim a maior escolaridade pode constituir fator protetor para as diferenças de gênero, apesar da influência cultural historicamente desfavorável ao sexo feminino. O melhor nível de instrução associou-se a melhores escores na percepção de QV em estudo realizado em idosos no estado do Rio Grande do Sul (Oliveira, Hohendorff, Müller, Bandeira, Koller, Fleck et al., 2013).

O domínio social do WHOQOL-Bref e a faceta Intimidade do WHOQOL-Old foram positivamente influenciados pela condição de possuir companheiro. Nesta avaliação estão envolvidos aspectos relativos a relacionamentos interpessoais, suporte social e atividade sexual. Neste estudo, 52,4% dos idosos declararam possuir companheiro e 27,8% possuíam vida sexual ativa (Power & Schmidt, 2006).

A faceta Morte ou Morrer do WHOQOL-Old mostrou associação com idade e religião, sendo que os mais jovens (60 a 79 anos) e os católicos e evangélicos apresentaram menores escores de percepção de QV. A faceta Morte ou Morrer refere-se à forma como o idoso se relaciona com esse tema (insegurança e preocupação em morrer ou sentir dor) (Power & Schmidt, 2006). Resultado diverso foi encontrado em estudo realizado no Estado do Maranhão, onde a idade avançada correlacionou-se negativamente à percepção de QV (Silva & Andrade, 2013). Em relação à religião, neste estudo, 78,2% eram católicos ou evangélicos.



Dentre os idosos atendidos nas UBS, 32,5% apresentaram sintomas depressivos. Na análise bivariada, houve relação negativa significativa entre presença de sintomas depressivos e percepção de QV em todos os domínios do WHOQOL-Bref e todas as facetas do WHOQOL-Old. Os maiores escores foram no domínio social e faceta intimidade e os menores escores no domínio físico e faceta morte ou morrer. Em estudo com idosos com indicativo de depressão da zona rural no município de Uberaba-MG, houve maiores escores no domínio social e faceta intimidade, enquanto os menores escores foram para o domínio meio ambiente e faceta participação social (Rodrigues, Tavares, Silveira, Dias, & Martins, 2015).

Um estudo realizado com 454 idosos residentes em Taiwan, na China, mostrou que níveis de sintomas depressivos afetam de forma diversa os determinantes da percepção de QV, sendo que sintomas depressivos leves afetaram o domínio físico e psicológico, os de intensidade severa afetam todos os domínios, mas o avanço da idade exerceu um efeito protetor na população estudada (Chang, Ouyang, Lu, Wang & Hu, 2016).

Após análise de regressão com os possíveis preditores, a presença de sintomas depressivos mostrou alterar negativa e significativamente todos os domínios do WHOQOL-Bref e facetas do WHOQOL-Old.

Estudo realizado com 339 idosos mostrou associação após regressão linear múltipla em todos os domínios do WHOQOL-Bref com níveis de depressão avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck e associação da percepção de QV com gênero, idade, ser casado classe social, nível de instrução, percepção de saúde e de forma mais intensa com os sintomas depressivos (Trentini, Chachamovich, Wagner, Müller, Hirakata & Fleck, 2011). Na China, a avaliação de 490 idosos da comunidade em atendimento ambulatorial mostrou igualmente que a depressão (avaliada pelo EDG-15) pode afetar todos os domínios e facetas do WHOQOL-Bref (Chang, Yao, Hu & Wang, 2015)

A menor escolaridade influenciou negativamente o domínio psicológico e possuir companheiro afetou positivamente o domínio social e a faceta intimidade. Em um estudo comparando idosos residentes na comunidade no Rio Grande do Sul com idosos institucionalizados de Minas Gerais não houve influência do nível de instrução e idade no domínio social (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013).

Os determinantes de saúde e bem estar incluem fatores genéticos, socioeconômicos e estilo de vida como atividade física, nutrição, envolvimento com a comunidade, suporte social,

níveis de estresse e experiências profissionais. Esses fatores associados e cumulativos irão refletir na qualidade de vida em idade mais avançada. A comunicação ao público das repercussões na saúde ao longo da vida pode levar à adoção de atitudes mais saudáveis. (Lowsky, Olshansky, Bhattacharya & Goldman, 2013)

Para a prevenção de doenças e promoção do envelhecimento mais saudável e ativo, e consequente melhora da QV o Ministério da Saúde aponta subsídios como o estímulo à Alimentação Saudável, Prática Corporal/Atividade Física e Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas e oferece como instrumentos de orientação o Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que, entretanto, é subutilizado pelos profissionais da Atenção Primária (Costa, de Aguiar, Rolim, Rabelo, Oliveira & Barbosa, 2015).

A depressão está associada à "elevação dos riscos de morbidade e mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado e à adesão reduzida a tratamentos terapêuticos" (Alvarenga, Oliveira, & Faccenda, 2012). Trazer visibilidade quanto à prevalência dos sintomas depressivos e sua influência sobre a QV pode despertar o interesse de profissionais, universidade e setor público no sentido de estimular outros estudos que possibilitem intervenções apropriadas para a redução desses sintomas depressivos impactando diretamente na elevação da QV desta população.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os idosos atendidos nas UBS apresentaram escore global de percepção de QV pelo WHOQOL-Bref de 62,6, sendo o domínio psicológico com maior pontuação e o domínio ambiental menor e pelo WHOQOL-Old de 64,9, com escore mais alto na faceta intimidade e mais baixo na faceta participação social.

Houve associação da percepção de QV pelo WHOQOL-Bref no domínio físico com renda e ocupação, no domínio psicológico com sexo e escolaridade e no domínio social com possuir companheiro. Pelo WHOQOL-Old houve relação da ocupação com a faceta autonomia, idade e religião com a faceta morte e morrer, ter companheiro com a faceta intimidade e escolaridade com a faceta função sensorial.

Dos idosos que apresentaram sintomas depressivos 32,7%, sendo que a presença de sintomas depressivos afetou de forma significativa todos os domínios do WHOQOL-Bref e todas as facetas do WHOQOL-Old. Os sintomas depressivos mostraram-se fortes preditores de piores

escores de percepção de QV, pelos dois instrumentos e as variáveis, menor escolaridade afetou o domínio psicológico e não possuir companheiro o domínio social no WHOQOL-Bref e a faceta intimidade no WHOQOL-Old.

Os resultados encontrados podem nortear intervenções para redução dos sintomas depressivos com redução no impacto negativo sobre a percepção de QV dessa população.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. D. C., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 497-503.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2B): 421-6.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *Artmed Editora*.
- Assis, A. M. D. S. T., Pontes, M. D. L. F., Monteiro, E. A., da Silva, C. R., Pereira, R. R., da Silva, F. A., ... & Pimenta, C. J. L. (2015). Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly Living in Community. *International Archives of Medicine*, 8.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*.
- Campos, A. C. V., e Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Albala, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 166.
- Carvalho, R. R. (2011). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: competência dos cuidadores de pessoas dependentes [monografia]. Brasília: Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento/ Cefor.

- Castro, I. M., & Silva, K. L. A. (2013). Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. *Buscando a excelência na disseminação do conhecimento científico*, 11(2), 129-34.
- Costa, N. R. C. D., de Aguiar, M. I. F., Rolim, I. L. T. P., Rabelo, P. P. C., Oliveira, D. L. A., & Barbosa, Y. C. (2015). Política de Saúde do Idosos: Percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção básica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 16(2): 95-101
- Chang, Y. C., Ouyang, W. C., Lu, M. C., Wang, J. D., & Hu, S. C. (2016). Levels of depressive symptoms may modify the relationship between the WHOQOL-BREF and its determining factors in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(04), 591-601
- Chang, Y. C., Yao, G., Hu, S. C., & Wang, J. D. (2015). Depression affects the scores of all facets of the WHOQOL-BREF and may mediate the effects of physical disability among community-dwelling older adults. *PloS one*, 10(5), e0128356.
- Fleck, Chachamovich & Trentini. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- Gameiro, G. R., Minguini, I. P., & Alves, T. C. T. F. (2014). The role of stress and life events in the onset of depression in the elderly. *Rev Med (São Paulo)*, 93(1), 31-40.
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso Social determinants of health in the elderly.
- Health and Health Care for an Aging Population, 2013. Policy Summary of The Canadian Medical Association, December 2013. Disponível em: <https://www.cma.ca/Assets/assets->

[library/document/en/advocacy/policy-research/CMA\\_Policy\\_Health\\_and\\_Health\\_Care\\_for\\_an\\_Aging-Population\\_PD14-03-e.pdf](#) Acesso em: 06.06.2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (Brasil). Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

Lima, A. F. B. D. S., & Fleck, M. P. D. A. (2009). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 31(3, supl. 0), 0-0.

Lowsky, D. J., Olshansky, S. J., Bhattacharya, J., & Goldman, D. P. (2013). Heterogeneity in healthy aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, glt162.

Oliveira, M. F. D., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. D. S. C. F., Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(8), 2191-2198.

Oliveira, S. E. S., Hohendorff, J. V., Müller, J. L., Bandeira, D. R., Koller, S. H., Fleck, M. P. A., et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2013; 29(7):1437-48.

Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M. & Vianna, L. A. C. (2010). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 101-107.

Power, M. & Schmidt, S. (2006). Manual WHOQOL-OLD. *Tradução e adaptação para o Português: Chachamovich E, Fleck MPA. Brasília, DF: OMS.*

- Rodrigues, L. R., dos Santos Tavares, D. M., Silveira, F. C. O., Dias, F. A., & Martins, N. P. F. (2016). Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4(2).
- Rufine, M. C., Silva, A. A., Formiga, N.S. e Melo, G.F.. (2014) Perfil psicológico de gênero, qualidade de vida e depressão: proposta de um modelo causal em mulheres idosas. *Psicol. Argum.*, 32(79), Supl.1, 31-41.
- Tanaka, O. Y. & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., Wagner, G. P., Müller, D. H., Hirakata, V. N. & Fleck, M. P. A. (2011). Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: the role of sociodemographic variables and depression symptoms. *Applied Research in Quality of Life*, 6(3), 291-309.
- World Health Organization (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 61p
- World Health Organization (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G. & Vianna, L. A. C. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(SPE), 3-11.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A elaboração destes estudos, desde a pesquisa para o projeto inicial, incluindo as disciplinas cursadas, a vivência da coleta nas UBS, permitiu um novo entendimento do nosso sistema de saúde, da importância e privilégio de se ter uma assistência à saúde voltada ao acesso universal, integral e equânime. Um sistema jovem, com menos de 30 anos, que embora ainda apresente dificuldades de acesso, assistência descontinuada e comprometimento da atenção integral proposta, está em desenvolvimento, buscando caminhos possíveis (Lavras, 2011).

O contato direto com o trabalho efetuado nas UBS permitiu observar o empenho e comprometimento de muitos profissionais, demonstrado pelo acolhimento aos usuários, que pode ser confirmado pelas respostas de vários idosos, dizendo-se satisfeitos com os serviços de saúde.

A alta prevalência de sintomas depressivos encontrada na população idosa atendida nessas unidades, bem como, o indicativo de depressão severa, é importante como norteador para o planejamento de ações quer em nível municipal, quer local. Estudos demonstram que os programas de prevenção reduzem a depressão e que existem tratamentos eficazes para a depressão moderada a grave, disponíveis para profissionais sanitários. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

O autorrelato de diagnóstico de depressão e da utilização de medicamento antidepressivo tanto por idosos sem sintomatologia depressiva quanto a não utilização por aqueles com indicativo de depressão severa, indicam um campo para estudos envolvendo diagnósticos médicos e avaliação da medicação utilizada por idosos.

Os sintomas depressivos mostraram-se fortes preditores para diminuição da QV, enquanto que a escolaridade, assim como, possuir companheiro contribuiu em menor grau. Outros estudos podem avaliar a influência dos níveis de depressão sobre a percepção da QV nesses idosos.

Os piores escores na percepção da QV na dimensão ambiental e na faceta participação social indicam áreas que podem receber atenção especial em projetos.

Em vista da realidade apresentada por esses dois estudos, ações e projetos voltados para intervenções que possam beneficiar os idosos, na redução dos sintomas depressivos e consequente impacto positivo sobre a QV, mostram-se justificáveis e necessários.

## REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- Almeida, O.P & Almeida S.A.. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*, 57(2B), 421-6..
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. D. C., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 497-503.
- Amaral Carvalho, I. P., Carvalho, C. G. X., & Lopes, J. M. C. (2015). Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(34), 1-7.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *Artmed Editora*.
- Assis, A. M. D. S. T., Pontes, M. D. L. F., Monteiro, E. A., da Silva, C. R., Pereira, R. R., da Silva, F. A., ... & Pimenta, C. J. L. (2015). Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly Living in Community. *International Archives of Medicine*, 8.
- Barcelos-Ferreira, R., Izbicki, R., Steffens, D. C., & Bottino, C. M. (2010). Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 22(05), 712-726.
- Beltrão, I. N., Silva, L. M., Alves, M. D. S. C. F., Moreira, M. A. S., Mendes, F., & Targino, R. R. B. (2011). Sintomatologia da depressão em idosos atendidos em unidades básicas de saúde. *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 3(5, n. esp), 1-8.
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Revista de saude publica*, 46(4), 617-623.



Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ & d'Orsi E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2007). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988.(1988) Brasília: Senado Federal.

Brasil. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes B. P., Munhoz, T.N., Tomasi, E. & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. epidemiol*, 18(1), 1-12.

Campos, A. C. V., e Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Albala, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 166.

Carreira, L., Botelho, M. R., Matos, P. C. B. D., Torres, M. M., & Salci, M. A. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev. enferm. UERJ*, 19(2), 268-273.

- Carvalho, R. R. (2011). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: competência dos cuidadores de pessoas dependentes [monografia]. Brasília: Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento/ Cefor.
- Castro, I. M., & Silva, K. L. A. (2013). Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. *Buscando a excelência na disseminação do conhecimento científico*, 11(2), 129-34.
- Chang, Y. C., Ouyang, W. C., Lu, M. C., Wang, J. D. & Hu, S. C. (2016). Levels of depressive symptoms may modify the relationship between the WHOQOL-BREF and its determining factors in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(04), 591-601
- Chang, Y. C., Yao, G., Hu, S. C., & Wang, J. D. (2015). Depression affects the scores of all facets of the WHOQOL-BREF and may mediate the effects of physical disability among community-dwelling older adults. *PloS one*, 10(5), e0128356.
- Coelho, C. L., Crippa, J. A. S., Santos, J. L., Pinsky, I., Zaleski, M., Caetano, R. & Laranjeira, R. (2013). Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 142-149.
- Conill, E. M. (2006). Sistemas Comparados de saúde. In: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S., Akerman, M.; Drumond, J. M.; Carvalho, Y. M. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz.
- Costa, N. R. C. D., Aguiar, M. I. F., Rolim, I. L. T. P., Rabelo, P. P. C., Oliveira, D. L. A. & Barbosa, Y. C. (2015). Política de Saúde do Idosos: Percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção básica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 16(2): 95-101
- Eulálio, M. D. C., Andrade, T. F. D., Melo, R. L. P. D. & Neri, A. L. (2015). A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cad. saúde pública*, 31(3), 555-564.

- Fernandes, M. D. G. M., Nascimento, N. F. D. S., & Costa, K. N. D. F. M. (2012). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 11(1).
- Fleck, Chachamovich & Trentini. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- Gameiro, G. R., Minguini, I. P., & Alves, T. C. T. F. (2014). The role of stress and life events in the onset of depression in the elderly. *Rev Med (São Paulo)*, 93(1), 31-40.
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso Social. Determinants of health in the elderly.
- Health and Health Care for an Aging Population, 2013. Policy Summary of The Canadian Medical Association, December 2013. Disponível em: [https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/policy-research/CMA\\_Policy\\_Health\\_and\\_Health\\_Care\\_for\\_an\\_Aging-Population\\_PD14-03-e.pdf](https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/policy-research/CMA_Policy_Health_and_Health_Care_for_an_Aging-Population_PD14-03-e.pdf)  
Acesso em: 06.06.2017.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (Brasil).. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874.

- Lehn, F., de Sousa Coelho, H. D., Garcia, M. T., & Scabar, L. F. (2012). Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. *J. Health Sci. Inst*, 30(1), 53-58.
- Lima, A. F. B. D. S. & Fleck, M. P. D. A. (2009). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 31(3, supl. 0), 0-0.
- Linhares, J. C., Oliveira, E. N., Eloia, S. C., de Lima Freitas, C. A. S., Shinkai, H., & Lira, T. Q. (2011). Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela Atenção Primária de Sobral—CE. *Northeast Network Nursing Journal*, 12.
- Lowsky, D. J., Olshansky, S. J., Bhattacharya, J., & Goldman, D. P. (2013). Heterogeneity in healthy aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, glt162.
- Mojtabai, R.. (2014). Diagnosing depression in older adults in primary care. *The New England journal of medicine*, 370(13), 1180.
- Nogueira, E. L., Rubin, L. L., de Souza Giacobbo, S., Gomes, I., & Neto, A. C. (2014). Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 368-377.
- Oliveira, M. F. D., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. D. S. C. F., Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(8), 2191-2198.
- Oliveira, S. E. S. D., Hohendorff, J. V., Müller, J. D. L., Bandeira, D. R., Koller, S. H., Fleck, M. P. D. A., & Trentini, C. M. (2013). Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1437-48.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). Salud mental: la depresión. Nota descriptiva N°369. Ginebra. >. [Citado em: 01 jun 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M. & Vianna, L. A. C. (2010). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 101-107.
- Pereira, A. M. M., de Castro, A. L. B., Oviedo, R. A. M., Barbosa, L. G., Gerassi, C. D. & Giovanella, L. (2012). Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate*, 36(94), 482-499.
- Power, M. & Schmidt, S. (2006). Manual WHOQOL-OLD. *Tradução e adaptação para o Português: Chachamovich E, Fleck MPA. Brasília, DF: OMS.*
- Reichert, C. L., Diogo, C. L., Vieira, J. L., & Dalacorte, R. R. (2011). Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 165-170.
- Rodrigues, L. R., dos Santos Tavares, D. M., Silveira, F. C. O., Dias, F. A., & Martins, N. P. F. (2016). Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4(2).
- Rufine, M. C., Silva, A. A., Formiga, N.S. e Melo, G.F.. (2014) Perfil psicológico de gênero, qualidade de vida e depressão: proposta de um modelo causal em mulheres idosas. *Psicol. Argum.*, 32(79), Supl.1, 31-41.
- Santos, E. R., Huang, H., Menezes, P. R. & Scazufca, M. (2016). Prevalence of depression and depression care for populations registered in primary care in two remote cities in the Brazilian Amazon. *PloS one*, 11(3), e0150046.

- Stopa, S.R., Malta, D.C., Oliveira, M.M.D., Lopes, C.D.S., Menezes, P.R. & Kinoshita, R.T.. (2015) Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 170-180.
- Tanaka, O. Y., & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., Wagner, G. P., Müller, D. H., Hirakata, V. N. & de Almeida Fleck, M. P. (2011). Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: the role of sociodemographic variables and depression symptoms. *Applied Research in Quality of Life*, 6(3), 291-309.
- World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 61p
- World Health Organization (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization.
- Veras, R. P. (2012). Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 34(1), 3-8.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G. & Vianna, L. A. C. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(SPE), 3-11.

**APÊNDICES****Apêndice A – Questionário Sociodemográfico, Condições de Saúde e Hábitos de Vida**

Elaborado pelo pesquisador

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**Idade:** \_\_\_\_\_**Sexo:** ( ) masculino ( ) feminino**Religião:** \_\_\_\_\_**Escolaridade:**

- ( ) nenhuma
- ( ) 1 a 3 anos, 11 meses e 29 dias de estudo
- ( ) 4 a 7 anos 11 meses e 29 dias de estudo
- ( ) 8 a 11 11 meses e 29 dias anos de estudo
- ( ) 12 ou mais anos de estudo

**Você possui companheiro(a)?**

- ( ) não
- ( ) sim. Há quanto tempo?

**Renda mensal:**

- ( ) até 1 salário mínimo
- ( ) entre 1 e 3 salários mínimos
- ( ) entre 4 e 6 salários mínimos
- ( ) entre 7 e 8 salários mínimos
- ( ) entre 9 e 10 salários mínimos
- ( ) mais de 11 salários mínimos

**Possui vida sexual ativa:**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**Possui diagnóstico de depressão feito por algum medico, ou algum médico já falou que você possui depressão:**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**Faz uso de algum medicamento antidepressivo:**

- Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

**Possui alguma ocupação?**

- Aposentado  
 Trabalha  
 Dona (o) de casa  
 Outra \_\_\_\_\_

**Algum médico já disse que possui alguma dessas doenças abaixo?**

- Hipertensão  
 Diabetes  
 Doenças do coração  
 Câncer  
 Reumatismo  
 Osteoporose  
 Asma  
 Bronquite  
 Enfisema  
 Tendinite  
 Problemas de circulação  
 Outro \_\_\_\_\_

**Pratica Atividade Física**

- 50 min, 3 vezes na semana  
 Menos de 150 min por semana  
 Não pratica

**Faz uso de bebida alcoólica?**

- Não  
 Menos de 1 vez na semana  
 1 a 3 vezes na semana  
 Mais de 3 vezes na semana

**Quanto ao uso do cigarro, você?**

- não fuma  
 fuma  
 ex fumante



**Apêndice B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO**

Título do Projeto: "Qualidade de Vida e Perfil de Idosos usuários da Atenção Primária em município do interior de Minas Gerais"

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_

Documento de identidade

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_

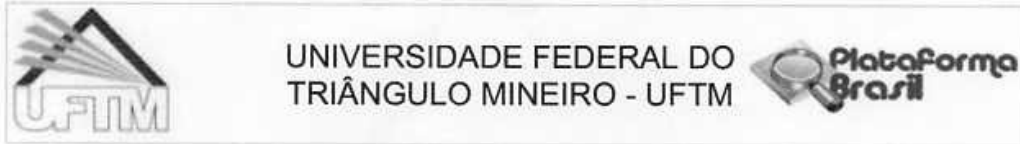
Assinatura do pesquisador orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores:**

Álvaro da Silva Santos 3318 5710

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ético em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854

## Apêndice C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA-UFTM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

**Pesquisador:** Álvaro da Silva Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54766516.9.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.604.573

#### Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

"TEMA EM ESTUDO: Os sentidos outorgados à velhice são construídos e reelaborados, e indicam fusão das classificações de gênero, geração e classe social. Podem conotar positivismo como sabedoria e tempo de vida ou negativismo intrinsecamente ligados à depressão, solidão, tristeza, doença e morte, esta antagonia existe em decorrência "da cabeça e do espírito" de cada um. Assim o processo de envelhecer é vivido individualmente e estabelecido no decurso experimentado da trajetória pessoal, ou seja, é um construto social originado através das influências culturais, sociais e políticas vivenciadas (HEIN, 2012). A terminologia "velho" é historicamente ligada a sentidos negativos, indicativos de inatividade, improdutividade, invalidez, bem como ultrapassado, despossuído, feio, ruim e sem status social. Em contrapartida "idoso" traz consigo significância, ou seja, alude a uma pessoa respeitada e valorizada, por vezes fazendo referência ao recebimento de pensão ou aposentadoria. Na década de 1980, surge no Brasil a expressão terceira idade, que possui conotação positiva e se correlata com pessoas aposentadas consideradas dinâmicas, de 60 a 80 anos de idade, visionando a alcunha de "jovens idosos", sem sinais de decrepitude ou senilidade, originando uma força consumidora em especialidades médicas ou similares com o intuito de retardar e negar a velhice

**Endereço:** Rua Madre Maria José, 122

**Bairro:** Nossa Sra. Abadia

**CEP:** 38.025-100

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3700-6776

**E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.604.573

por meio do uso de produtos estéticos, medicamentos e cirurgias plásticas, mas principalmente em o elevar a qualidade de vida (QV) (RODRIGUES, 2006; HEIN, 2012;).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) um país estruturalmente é considerado envelhecido quando pelo menos 7% da população total são idosos. Segundo o Datasus, serviço de tecnologia da informação a serviço do SUS, em 2012 no Brasil, o número de pessoas idosas, considerando idoso como pessoa com 60 anos ou mais de acordo com a Lei 8.842, de 4 de Janeiro de 1994, o Estatuto do Idosos (Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003) e a Organização Mundial de Saúde (OMS); era de 20.889.849, cerca 10% da população brasileira. Em 2030 a projeção estima que esse número passe a 41.541.763, aumentando para 18,6% a porcentagem de idosos considerando a população geral. Em Minas Gerais, no ano de 2012 observou-se o número 2.337.624 e na projeção em 2030 um total de 4.610.335 idosos. Já na cidade de Uberaba Minas Gerais, no ano de 2012 o número de idosos encontrado foi de 38.202, 12, 6% da população total, ainda não há projeção para o município no ano de 2030 (BRASIL, 2014). A proposta da OMS (2005) para o envelhecimento é designada pela política de envelhecimento ativo, a qual, enfatizando que envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo, e sim um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida.

A qualidade de vida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é definida como "uma percepção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e na relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 2001).

Assim, além de estudos voltados às patologias prevalente nos idosos, preservar uma vida saudável também é uma das maneiras de elevar a QV dos idosos inclusive a manutenção da vida sexual, podendo assim, correlacionar a sexualidade como um dos pilares da QV trazendo grande destaque a seus estudos e abordagens (DE LORENZI; SACIOTO, 2006). Para Cardoso e colaboradores (2012) a sexualidade humana possui significado complexo e envolve impulsos, atitudes, hábitos e ações individuais em busca do orgasmo, este por sua vez possui natureza fisiológica e psicológica."

#### PERGUNTAS DA PESQUISA

- "1. Os idosos possuem uma qualidade de vida elevada?
2. Os indicativos de depressão são elevados?
3. A satisfação sexual dos idosos está baixa?
4. O conhecimento sobre HIV/AIDS está satisfatório?

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.604.573

5. A dependência de nicotina está elevada entre os idosos fumantes?
6. Há relação entre dependência de nicotina e sintomas depressivos?
7. Há diferença entre essas variáveis ao comparar as duas populações?"

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores:

"GERAL:

- Avaliar os níveis de conhecimento sobre HIV/AIDS, satisfação sexual, sintomas depressivos e qualidade de vida dos idosos usuários da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba-MG.

ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos idosos na Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba-MG;
- Investigar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS, de satisfação sexual, sintomas depressivos e qualidade de vida dos idosos que frequentam a Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) e das Unidades Básicas de Saúde de Uberaba-MG;
- Verificar a ocorrência de correlação entre os níveis de conhecimento sobre HIV/AIDS, satisfação sexual, sintomas depressivos e qualidade de vida dos idosos usuários da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba-MG.
- Averiguar a ocorrência de correlação entre as variáveis satisfação sexual e sintomas depressivos dos idosos usuários da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba-MG;
- Associar fatores relacionados à depressão em idosos quanto às variáveis: idade, sexo, escolaridade, religião, possuir parceiro, uso de álcool e cigarro, xmorbidades, ocupação, atividade física e satisfação sexual;
- Investigar idosos com diagnóstico de depressão anterior à pesquisa e utilização de tratamento medicamentoso;
- Analisar a existência de relação entre os dados sociodemográficos e o nível de qualidade de vida dos idosos;
- Identificar quais as dimensões da qualidade de vida de idosos com sintomas depressivos são mais afetadas e se há diferença entre idosos que utilizam os serviços das Unidades Básicas de Saúde e aqueles que participam de atividades oferecidas em uma Unidade de Atenção ao Idoso na cidade de Uberaba – MG;
- Avaliar o nível de dependência de nicotina;

**Endereço:** Rua Madre Maria José, 122

**Bairro:** Nossa Sra. Abadia

**CEP:** 38.025-100

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3700-6776

**E-mail:** cep@pesqpg.ufm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.604.573

•Verificar a existência de correlação entre dependência de nicotina com a presença de sintomas depressivos e qualidade de vida."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

"A entrevista será realizada de forma privativa, protegendo a individualidade de cada participante, levando em consideração a estrutura disponibilizada em cada estabelecimento. Os instrumentos serão identificados através de números preservando a identidade do participante, tudo isso visando a diminuição de desconfortos e riscos."

"Apesar da pesquisa não prever ações de diagnóstico, tratamento ou intervenção, podemos citar como benefícios em decorrência dos procedimentos metodológicos, orientações relacionadas a dúvidas decorrentes das temáticas abordadas pelo estudo, uma vez que a equipe de coleta será capacitada pelos colaboradores sobre possíveis situações de dúvidas que podem ser apresentadas pelos participantes."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de relatoria referente a pendência anterior. Pesquisadores responderam as solicitações do CEP-UFTM.

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

Termos de apresentação obrigatória adequados.

**Recomendações:**

Não há.

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

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, após a aprovação do projeto pelo CEP institucional, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil o início do mesmo, bem como efetivar os relatórios parciais (semestrais) e final.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 17/06/2016.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

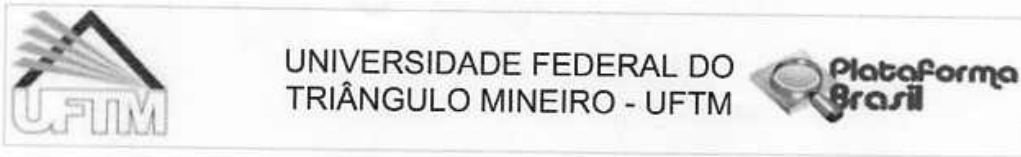
CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.604.573

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_686461.pdf	09/06/2016 17:08:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocoloCEPGio.doc	09/06/2016 17:07:29	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEver.pdf	09/06/2016 17:07:11	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	cartaamostra.pdf	05/06/2016 12:20:42	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	autorizacaouai2.pdf	27/03/2016 17:30:01	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	autorizacaouai1.pdf	27/03/2016 17:29:16	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	autorizacaosecretaria.pdf	27/03/2016 17:28:43	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	WHOQOLOLDBREF.pdf	27/03/2016 17:28:06	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	TDN.pdf	27/03/2016 17:27:44	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	GD15.pdf	27/03/2016 17:27:25	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	QHIV3I.pdf	27/03/2016 17:27:05	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	Quocientesexualmasculino.pdf	27/03/2016 17:25:29	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	quocientesexualfeminino.pdf	27/03/2016 17:23:22	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Outros	MEEM.pdf	27/03/2016 17:21:54	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	27/03/2016 17:20:08	Giovanna Gaudenci Nardelli	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.604.573

UBERABA, 21 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Marly Aparecida Spadotto Balarin**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Madre Maria José, 122

**Bairro:** Nossa Sra. Abadia

**CEP:** 38.025-100

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3700-6776

**E-mail:** cep@pesqpg.ufm.edu.br

## Apêndice D - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria de Saúde **UBERABA**  
PARA O BEM DE NOSSA GENTE

INFORMAÇÃO Nº 0008/2016

Uberaba, 16 de março de 2016.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de pesquisa:

**Instituição de ensino:** UFTM

**Curso:** Enfermagem

**Título:** "Qualidade de Vida e Perfil de Idosos Usuários da Atenção Primária de um Município do Interior de Minas Gerais".

**Local de realização:** Unidades Básicas de Saúde do perímetro urbano.

**Objetivo:** Avaliar os níveis de conhecimento sobre HIV/AIDS, satisfação sexual, sintomas depressivos e qualidade de vida dos idosos usuários da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba-MG.

**Hipótese:** Esta pesquisa parte do pressuposto de que idosos mais ativos socialmente como aqueles que frequentam os grupos de convivência, especificamente a UAI no município de Uberaba-MG possuem uma qualidade de vida superior, melhor nível de conhecimento sobre HIV/AIDS, uma satisfação sexual elevada, índices de indicativo para depressão menores, quando comparados com idosos da comunidade usuários das Unidades Básicas de Saúde.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada no município de Uberaba-MG; desenvolvida na Unidade de Atenção ao Idoso e nas Unidades Básicas de Saúde. A população do estudo será composta pelos idosos cadastrados na UAI, e nas UBS's. A entrevista será realizada de forma privativa, protegendo a individualidade de cada participante, os dias e horários da coleta serão organizados baseando-se nas atividades em que os idosos estarão presentes, de cada unidade.

**Comitê de Ética em pesquisa:** A ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM. Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria.

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

*Gheysa Alves Mendonça*  
Gheysa Alves Mendonça  
Seção de Educação em Saúde  
Decreto 4256

*Cleonice Almeida Rocha Sousa*  
Cleonice Almeida Rocha Sousa  
Departamento de Gestão de Pessoal  
Decreto 4256

*Marcelo Azevedo Cury*  
Marcelo Azevedo Cury  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 4186

Deferido  
 Indeferido

Ciente do solicitante *Elisama Maria Gaudene*  
Alvaro da Silva Santos - CPF040.096.898-38  
Data: 23/03/2016

Av. Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 – (34) 3331-2732 – www.uberaba.mg.gov.br



**ANEXOS****Anexo A – Mini-Exame do Estado Mental – MEEM**

(Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975)

**Mini-mental<sub>1</sub>**

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

**Orientação**

- 1) Dia da Semana (1 ponto) ( )
- 2) Dia do Mês (1 ponto) ( )
- 3) Mês (1 ponto) ( )
- 4) Ano (1 ponto) ( )
- 5) Hora aproximada (1 ponto) ( )
- 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto) ( )
- 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ( )
- 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) ( )
- 9) Cidade (1 ponto) ( )
- 10) Estado (1 ponto) ( )

**Memória Imediata**

Fale essas três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras.

Dê 1 ponto para cada resposta correta. ( )

**ÁRVORE, MESA, CACHORRO**

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**Atenção e Cálculo**Diga estes números e peça para o entrevistado repetí-los em ordem inversa: **1,3,5,7,9**

(1 ponto para cada número correto) ( )

**Evocação**

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente

(1 ponto por palavra) ( )

**INTERPRETAÇÃO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)**

Pontuação esperada	Escolaridade	Diagnóstico
13 a 17	Analfabeto	Apto
18 a 25	1 a 8 anos	Apto
Acima de 26	Acima de 8 anos	Apto

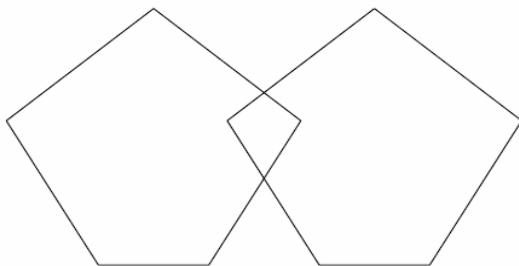
**Linguagem**

- 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ( )
- 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ( )
- 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) ( )
- 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto) ( )
- 5) Escrever uma frase (1 ponto) (Caso analfabeto, zere a questão e ignore erros de ortografia) ( )
- 6) Copiar um desenho (1 ponto) ( )

**Escore:** ( \_\_\_ / 30)

ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO



## Anexo B – Escala Geriátrica de Depressão (EGD-15)

(Almeida & Almeida, 1999).

Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.

Escala de depressão geriátrica na versão curta (EDG-15)	Escore	
	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2. Você deixou muito de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se sente cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1

## Anexo C – WHOQOL - Bref

(Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich Vieira, Santos & Pinzon, 2000)

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do questionário: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_

### 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 deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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 satisfeita 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.

### 3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

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

**4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?**

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

**5- O quanto você aproveita a vida?**

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

**6 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido**

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

**7 - O quanto você consegue se concentrar?**

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

**8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?**

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

**9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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.

**10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
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

**16 - Quão satisfeita você está com o seu sono?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**17 - Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**18 - Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**19 - Quão satisfeita você está consigo mesmo?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**20 - Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**21 - Quão satisfeita você está com sua vida sexual?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**22 - Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**23 - Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**24 - Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**25 - Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

**26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
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?**



## Anexo D – WHOQOL-Old

(Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006).



### WHOQOL-OLD

#### Instruções

**ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF**

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

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

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

**O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?**

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

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

**Muito obrigado(a) pela sua colaboração!**

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

old\_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

old\_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

old\_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

old\_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

old\_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

old\_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

old\_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

old\_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

old\_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

old\_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

old\_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old\_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

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

old\_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

old\_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

old\_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?**

**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**