

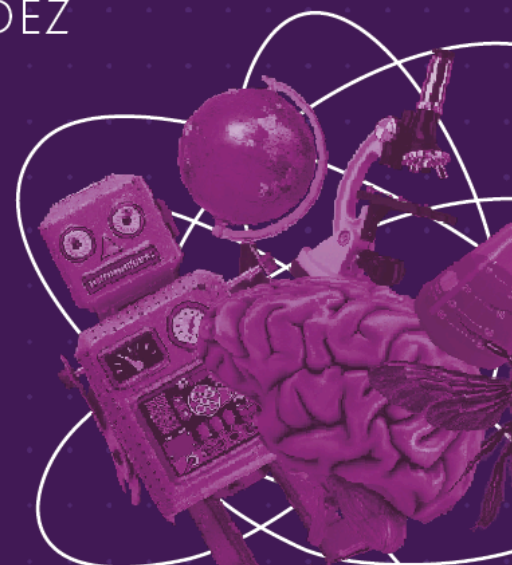
# ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E A DEPRESSÃO EM PACIENTES GERIÁTRICOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPI)

Professor orientador: João de Sousa Pinheiro Barbosa

Alunas: Gabriella Melo Monteiro e Bianca de Freitas  
Coelho

PROGRAMA DE  
INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
PIC/CEUB

**RELATÓRIOS DE PESQUISA**  
VOLUME 10 Nº 1- JAN/DEZ  
**2024**





**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB  
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**GABRIELLA MELO MONTEIRO  
BIANCA DE FREITAS COELHO**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E A DEPRESSÃO EM  
PACIENTES GERIÁTRICOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA  
(ILPI)**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pesquisa e Extensão.

Orientação: João de Sousa Pinheiro  
Barbosa

**BRASÍLIA  
2025**

Aos nossos avós,

Terezinha e Damião, Maria Sebastiana e João, Laurita e Augusto, Rociclê e Ademar, que, pelo amor que plantaram em nós — feito raiz funda — nos sustentam mesmo quando não percebemos. Este trabalho nasce do desejo de cultivar essa semente com sensibilidade e ciência, retribuindo o cuidado que recebemos de vocês e desejando que nenhum idoso seja silenciado na dor ou esquecido na tristeza.

## AGRADECIMENTOS

Este projeto reflete o encontro do rigor da ciência com a sensibilidade do coração. Por isso, em primeiro lugar, agradecemos imensamente a todos os idosos que dispuseram de seu tempo e confiaram em nossa escuta. Somos gratas por cada conversa compartilhada, os senhores não são apenas dados, mas rostos e palavras que marcam nossa trajetória. Ao Instituto Lar dos Velinhos Maria Madalena, que nos recebeu de portas abertas e possibilitou a execução do projeto, e, em especial, aos profissionais Leonardo, Mikaella e Ana Paula, por toda a atenção dispensada durante nossas visitas.

Agradecemos à Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) por financiar e viabilizar nossa dedicação ao projeto, e ao Centro Universitário de Brasília (CEUB) pela estrutura e suporte oferecidos ao longo deste ano, especialmente à sua Assessoria de Pesquisa e Extensão, que não poupou esforços para nos auxiliar.

Ao nosso orientador, João de Sousa Pinheiro Barbosa, nosso muito obrigada por compartilhar seu tempo e conhecimento, e por nos inspirar uma visão de saúde que transcende o técnico e abraça o humano.

À Christiane Nazareth, que nos inspira diariamente a vivenciar a academia e nos apoia incondicionalmente, nossa profunda gratidão por acreditar em nosso potencial científico antes mesmo que pudéssemos conhecer a estrutura de um Projeto de Iniciação Científica.

Por fim, estendemos nossos agradecimentos a todos aqueles que, mesmo não citados individualmente, fizeram parte deste projeto a partir de ideias, conselhos, revisões, questionamentos e incentivos.

*E nós, avós e idosos, temos uma grande responsabilidade: ensinar às mulheres e aos homens do nosso tempo a contemplar os outros com o mesmo olhar compreensivo e terno que temos para com os nossos netos. Aprimoramos a nossa humanidade ao cuidar do próximo e, hoje, podemos ser mestres dum modo de viver pacífico e atento aos mais frágeis.*

*(Papa Francisco)*

## RESUMO

O presente estudo avaliou o perfil de idosos com sintomas de depressão e sua relação com a qualidade de vida em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Distrito Federal. A alta prevalência de transtornos depressivos em idosos institucionalizados e seu impacto negativo na saúde configuram um problema de saúde pública, motivando a investigação dos fatores associados a este cenário. O objetivo foi analisar a correlação entre sintomas depressivos e a percepção da qualidade de vida, além de identificar determinantes sociais e ambientais que influenciam este fenômeno. Caracterizou-se como uma pesquisa de campo, de delineamento transversal e abordagem mista, realizada com uma amostra de 15 residentes do Instituto Lar dos Velinhos Maria Madalena. A coleta de dados quantitativos utilizou os instrumentos Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), WHOQOL-BREF e Mini Exame do Estado Mental (MEEM), enquanto a abordagem qualitativa se baseou em registros em diário de campo, analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados indicaram que um terço (33,3%) da amostra apresentou sintomas de depressão leve. O achado principal foi a confirmação de uma correlação inversa, forte e estatisticamente significativa entre a intensidade dos sintomas depressivos e a qualidade de vida, especialmente nos domínios Físico ( $r=-0.825$ ) e Psicológico ( $r=-0.701$ ). Evidenciou-se também que a participação frequente em atividades coletivas atua como fator protetor para a qualidade de vida social ( $p=0.017$ ). De forma paradoxal, a observação qualitativa de "Queixas de Saúde Não Atendidas" associou-se a uma melhor qualidade de vida social ( $p=0.044$ ), sugerindo que a verbalização de necessidades pode funcionar como uma estratégia de interação. Conclui-se que a depressão impacta negativamente a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e que o engajamento social constante é um pilar para o bem-estar. O estudo aponta para um modelo de atenção que valorize não apenas a saúde, mas também a promoção de laços sociais, reconhecendo a comunicação de necessidades como uma busca por conexão.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; depressão; geriatria; instituição de longa permanência.

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução</b>	<b>10</b>
1.1 Objetivos	11
1.1.1 Objetivo geral	11
1.1.2 Objetivos específicos	11
<b>2 Fundamentação teórica</b>	<b>12</b>
2.1 A depressão na população idosa	14
2.1.1 Fatores associados e sintomas da depressão em idosos institucionalizados	15
2.1.2 A escala de depressão geriátrica (GDS-15) como ferramenta de rastreio	16
2.2 Qualidade de vida na terceira idade	17
2.2.1 Domínios da qualidade de vida segundo a Organização Mundial Da Saúde (OMS)	17
2.2.2 O instrumento WHOQOL-BREF na avaliação da qualidade de vida	18
2.3 A interface entre depressão, cognição e qualidade de vida em idosos	18
2.4 Rastreio cognitivo como fator relevante na pesquisa com idosos	19
<b>3 Método</b>	<b>21</b>
3.1 Caracterização do local de estudo	21
3.2 Objeto de estudo	22
3.3 Instrumentos de coleta de dados	22
3.4 Delimitação de universo e amostra	24
3.5 Procedimentos metodológicos	25
<b>4 Resultados e discussão</b>	<b>28</b>
4.1 Principais achados quantitativos	30
4.2 Discussão dos resultados em relação à literatura	33
<b>5 Considerações finais</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE A – FICHA DE DIÁRIO DE CAMPO</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>42</b>

<b>ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG -15)</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)</b>	<b>47</b>

## **LISTA DE ABREVIações E SIGLAS**

**ILPI** – Instituição de Longa Permanência para Idosos

**QV** – Qualidade de vida

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**EDG** – Escala de Depressão Geriátrica

**MEEM** – Mini Exame do Estado Mental

**WHOQOL-BREF** – World Health Organization Quality of Life - BREF

**SEDES** – Secretaria de Desenvolvimento Social

**DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** – Classificação Cognitiva com Base no MEEM e Escolaridade

**Tabela 2** – Guia de Codificação Qualitativo

**Tabela 3** – Perfil Sociodemográfico e Clínico Detalhado da Amostra

## 1 Introdução

A relação entre qualidade de vida e depressão tem se consolidado como um importante objeto de estudo, especialmente diante da notável transição demográfica no Brasil, que foi resultado do aumento da expectativa de vida<sup>2</sup>. Nesse cenário, a população idosa, definida pela legislação como pessoas com 60 anos ou mais, ganhou destaque, tendo seus direitos fundamentais assegurados pelo Estatuto do Idoso<sup>3</sup>. A promoção de Qualidade de Vida (QV) tornou-se uma prioridade global, endossada por iniciativas como a Década do Envelhecimento Saudável<sup>4</sup>, sendo a QV o conceito que a OMS utiliza para descrever a percepção do indivíduo sobre sua vida nos múltiplos domínios físico, psicológico, social e ambiental.<sup>5</sup>

O principal desafio à saúde e qualidade de vida dessa população é a alta prevalência de condições crônicas, entre as quais se destaca o transtorno depressivo maior. Este transtorno, caracterizado por um estado de desânimo persistente ou perda de interesse<sup>6</sup>, apresenta uma prevalência expressiva na população idosa, com estimativas de sintomatologia que podem atingir 17,1% em indivíduos com mais de 75 anos de idade.<sup>7</sup>

O desenvolvimento da depressão nesta população é influenciado por uma complexa rede de aspectos, que incluem desde fatores de risco mutáveis, como tabagismo e etilismo, até condições imutáveis, como a presença de doenças crônicas e a imobilidade<sup>7</sup>. Suas consequências são igualmente severas, pois a presença de sintomas depressivos persistentes não apenas diminui a capacidade funcional e representa um prognóstico ruim para outras comorbidades, mas também eleva as taxas de mortalidade — tanto por suicídio quanto por outras causas, como as cardíacas — em até 60% quando comparada à da população geral, além de aumentar o risco para o desenvolvimento de demência.<sup>8, 9, 10, 11</sup>

Esse desafio torna-se particularmente crítico em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Nesses ambientes, fatores como o distanciamento familiar, a perda de autonomia e a vivência de perdas podem potencializar a vulnerabilidade a quadros depressivos, fazendo com que as taxas de prevalência atinjam patamares alarmantes, variando de 14% a 42%<sup>12, 13</sup>, o que, por consequência, transforma essas instituições em pontos estratégicos para o estudo e a intervenção em saúde mental.

O principal desafio reside, no entanto, no subdiagnóstico da depressão no idoso, a qual é frequentemente negligenciada devido à errônea interpretação de seus sintomas como manifestações inerentes ao processo natural do envelhecimento por parte de profissionais de saúde e familiares<sup>14</sup>, resultando em um obstáculo que impede o acesso ao tratamento adequado e perpetua o sofrimento e o declínio da qualidade de vida. Diante disso, mapear os fatores desencadeantes e de agravo da depressão em populações vulneráveis torna-se fundamental para o desenvolvimento de políticas preventivas eficazes e para a garantia do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizando um cuidado mais justo, direcionado e humanizado.

### **1.1 Objetivos**

Diante do exposto, e considerando a necessidade de uma análise aprofundada sobre a relação entre qualidade de vida e depressão em pacientes geriátricos institucionalizados, o presente estudo busca contribuir para a compreensão dos fatores associados a este cenário na ILPI Instituto Lar dos Velhinhos Maria Madalena no Distrito Federal.

#### **1.1.1 Objetivo geral**

Avaliar o perfil de idosos com sintomas de depressão em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos e sua relação com a qualidade de vida.

#### **1.1.2 Objetivos específicos**

Para alcançar tal propósito, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Mapear os sintomas clínicos de depressão nos idosos residentes;
- Identificar os determinantes sociais que influenciam o aparecimento da depressão na população geriátrica local;
- Identificar os principais fatores socioeconômicos e ambientais que impactam a saúde dos residentes.

## 2 Fundamentação teórica

Por volta de 2006, o Brasil, uma nação historicamente definida por sua população jovem, passou a confrontar uma nova e decisiva dinâmica: o envelhecimento populacional acelerado. Naquele período, o país já somava cerca de 17,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este processo, contudo, não se manifestou de forma homogênea, sendo profundamente influenciado por fatores como gênero, condições socioeconômicas, etnia e localização geográfica.<sup>2</sup>

O fenômeno foi impulsionado por uma dupla transição: a demográfica, marcada pela acentuada queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, resultou no aumento da expectativa de vida e no conseqüente envelhecimento da população; e a epidemiológica, onde o país vivenciava concomitantemente uma transição na qual as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como hipertensão, diabetes e câncer, suplantaram as doenças infecciosas como principal causa de morbimortalidade. Esse novo perfil de saúde impôs uma reorientação do modelo de atenção, exigindo um foco não mais apenas na cura, mas no acompanhamento contínuo, na prevenção de agravos e, crucialmente, na manutenção da capacidade funcional do idoso.

Tal cenário demográfico e epidemiológico gerou profundas repercussões sobre o pilar tradicional de suporte, a família uma vez que o modelo de cuidado centrado na figura familiar, antes tido como natural, começou a dar sinais de esgotamento. Essa crise do cuidado é agravada por uma confluência de fatores sociais, como a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, que reduziu a disponibilidade da figura historicamente designada como cuidadora principal; a progressiva redução do tamanho das famílias, que concentra a responsabilidade em um número menor de membros; e a crescente complexidade das próprias doenças crônicas, que demandam uma assistência especializada e contínua, muitas vezes incompatível com a estrutura e o conhecimento do cuidador leigo.

É nesse contexto de sobrecarga familiar que se justifica, em grande parte, a crescente busca pelos serviços das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), antes estigmatizada como abandono, passa a ser ressignificada por muitas famílias como uma alternativa viável para garantir a segurança e o cuidado especializado que o idoso necessita e que o núcleo familiar não consegue mais prover.

Portanto, a transformação do perfil demográfico e social brasileiro expõe uma lacuna crítica entre a crescente demanda por cuidados e a capacidade das famílias de provê-los e ignorar esta realidade perpetua um ciclo de sobrecarga e adoecimento de cuidadores, ao mesmo tempo que expõe os idosos a um risco de negligência. A situação impõe a urgência de consolidar uma rede de apoio mais ampla e robusta, que inclua serviços de cuidado domiciliar qualificado, centros-dia e o fortalecimento e a regulação das ILPIs, reconhecendo o cuidado à pessoa idosa como uma responsabilidade de toda a sociedade.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), que podem ser definidas como estabelecimentos governamentais ou não governamentais de caráter residencial, destinados a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, emergem com um papel central e cada vez mais complexo. Na realidade, configuram-se como uma modalidade de residência que atende a uma população crescentemente heterogênea, abrigando desde idosos com alto grau de dependência, que necessitam de cuidados de saúde contínuos, até indivíduos independentes e autônomos que buscam na vida coletiva uma alternativa à solidão, uma maior segurança ou a conveniência de não ter de gerir um domicílio próprio.

A atuação e a própria existência dessas instituições são regidas por um marco legal fundamental, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), conforme o documento preconiza, a decisão pela institucionalização deve ser a exceção, e não a regra, priorizando-se a manutenção do idoso em seu núcleo familiar e comunitário. Contudo, quando a residência em uma ILPI se faz necessária ou é de livre escolha do idoso, a lei é taxativa ao estabelecer que estas entidades devem funcionar não como meros abrigos, mas como verdadeiros lares.<sup>3</sup>

Ao determinar que as ILPIs devem preservar a identidade e a autonomia dos idosos, oferecendo instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene e segurança, a lei implica a obrigação de garantir um ambiente que assegure os direitos e a qualidade de vida dos residentes. Além disso, devem garantir o acesso a cuidados de saúde, alimentação suficiente, vestuário, atividades de lazer e cultura, bem como preservar os vínculos familiares e comunitários, proibindo o isolamento. Portanto, o papel dessas instituições vai muito além da provisão de teto e comida; ele

envolve a promoção da cidadania, do bem-estar e da dignidade da pessoa idosa, em conformidade com os direitos fundamentais que a legislação brasileira lhes assegura.

### **2.1 A depressão na população idosa**

Conceitualmente, a depressão é um transtorno de humor caracterizado por um estado persistente de desânimo ou pela perda de interesse em atividades antes prazerosas, e trata-se de uma doença crônica com potencial letalidade, especialmente em casos graves, devido ao risco contínuo de suicídio.<sup>6</sup> No contexto da população com mais de 60 anos, o quadro recebe a designação de depressão geriátrica e torna-se fundamental sublinhar que esta é uma síndrome clínica e não uma consequência normal ou esperada do envelhecimento.

Uma das principais particularidades da depressão geriátrica reside na apresentação dos sintomas, que frequentemente são atípicos em idosos, em vez da tristeza expressa, o quadro pode se manifestar predominantemente por meio de queixas somáticas (como dores crônicas e insônia), apatia, anedonia (incapacidade de sentir prazer) e perda funcional. Tal condição afeta de forma mais acentuada os idosos que já possuem outras doenças crônicas ou algum grau de comprometimento cognitivo e suas consequências são devastadoras, pois não apenas acarreta intenso sofrimento psíquico ao indivíduo, mas também pode gerar desestruturação familiar, promover incapacidade funcional, agravar os desfechos clínicos de outras comorbidades e, em última análise, aumentar as taxas de mortalidade.

Do ponto de vista neurobiológico, a vulnerabilidade do idoso à depressão é amplificada por processos fisiopatológicos associados ao envelhecimento, conforme descrito por Alexopoulos (2005), condições como a arteriosclerose e alterações nos sistemas inflamatório, endócrino e imunológico podem comprometer a integridade de circuitos cerebrais críticos para a regulação do humor. Vias frontais estriatais, bem como estruturas como a amígdala e o hipocampo, tornam-se disfuncionais, estabelecendo uma base neurobiológica que predispõe ao desenvolvimento do transtorno depressivo na velhice.<sup>8</sup>

Apesar de sua alta prevalência na população idosa, emerge um paradoxo preocupante: embora seja uma condição tratável, a depressão geriátrica é frequentemente subdiagnosticada e, por conseguinte, subtratada. Essa falha diagnóstica é particularmente evidente na Atenção Primária à Saúde, a porta de

entrada do sistema para muitos idosos. Conforme apontado por Garcia et al. (2017), a abordagem focada em queixas físicas dificulta a identificação do sofrimento psíquico, além disso o estudo reforça que, para superar essa barreira, é premente a adoção de "estratégias que tensionem o trabalho com foco na integralidade do cuidado e promoção da saúde"(Garcia, 2017, p.153), o que implica em uma escuta qualificada e um olhar atento para além dos sintomas orgânicos.<sup>14</sup>

### **2.1.1 Fatores associados e sintomas da depressão em idosos institucionalizado**

A institucionalização de idosos em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), embora muitas vezes necessária para a segurança e o bem-estar físico, é um evento de vida que carrega consigo uma série de desafios psicossociais. O risco de desenvolver depressão, uma condição prevalente nessa população, não é meramente um sintoma do envelhecimento, mas um reflexo direto dos estressores que permeiam o ambiente institucional como o luto pela perda do lar, da vizinhança e dos papéis sociais é uma experiência profunda e frequentemente solitária. Uma análise crítica da vivência em ILPIs revela que a depressão é frequentemente alimentada por fatores ambientais e sociais, que minam a saúde mental do idoso de forma sutil e progressiva.

A perda de autonomia emerge como um dos estressores mais impactantes, ao se deparar com uma rotina preestabelecida, o idoso é despojado de sua capacidade de tomar decisões básicas, como a escolha de horários e atividades, conforme a revisão de Lima et al. 2019 sugere.<sup>13</sup> Na velhice, o luto pela morte de amigos e familiares se torna frequente, e a ausência de uma rede de apoio familiar e a dificuldade de formar novos laços sociais dentro da instituição agravam o sentimento de solidão. Sendo assim, o isolamento social, que se manifesta na recusa em participar de atividades e na preferência por permanecer no quarto, não é apenas uma preferência, e sim um sintoma, que aprofunda o quadro depressivo.

Ademais, a dor persistente, uma realidade para muitos idosos institucionalizados, limita a mobilidade e o engajamento social, mas seu impacto vai além do físico. A frustração de um corpo que não responde mais como antes e a sensação de impotência frente ao sofrimento físico podem gerar irritabilidade e agitação uma vez que a dor crônica e as comorbidades atuam como estressores físicos com profundas ramificações psicológicas. Pesquisas, incluindo as referenciadas por Maier et al. (2021), indicam uma forte correlação entre a dor crônica e a prevalência de

sintomas depressivos e ansiosos, destacando a íntima interconexão entre saúde física e mental.<sup>7</sup>

### **2.1.2 A escala de depressão geriátrica (GDS-15) como ferramenta de rastreio**

Diante do desafio imposto pelo subdiagnóstico da depressão geriátrica, especialmente na Atenção Primária, a utilização de ferramentas de rastreio validadas torna-se uma estratégia indispensável para a qualificação do cuidado. Dentre os instrumentos disponíveis, a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15) destaca-se como uma das mais eficazes e adequadas para esta finalidade. Originalmente concebida com 30 itens por Yesavage et al. (1983), a escala foi posteriormente otimizada em uma versão curta de 15 itens por Yesavage & Sheikh (1986), visando facilitar sua aplicação na prática clínica sem comprometer sua acurácia.<sup>15,16</sup>

A principal vantagem do GDS-15, e o que a torna particularmente adequada para a população idosa, é sua construção focada em sintomas afetivos e psicológicos. Ao contrário de outras escalas, a GDS-15 minimiza a ênfase em queixas somáticas, esta característica é crucial, pois, como discutido, os idosos frequentemente apresentam múltiplas comorbidades físicas cujos sintomas poderiam ser erroneamente atribuídos à depressão, gerando resultados falso-positivos. O formato de resposta simples e dicotômica ("sim/não") também representa um benefício significativo, facilitando a aplicação mesmo em indivíduos com baixo nível de escolaridade ou com leve declínio cognitivo.<sup>17, 18,19</sup>

A robustez e a aplicabilidade da GDS-15 no cenário nacional são amplamente corroboradas por estudos de validação, pesquisas como as de Almeida & Almeida (1999) e Paradela et al. (2005) demonstraram a alta sensibilidade e especificidade do instrumento para a população idosa brasileira, estabelecendo-o como uma ferramenta confiável para o rastreio em diferentes contextos de saúde. Tão grande é sua relevância que o próprio Ministério da Saúde endossa seu uso, incluindo a GDS-15 em documentos oficiais como as Linhas de Cuidado para a pessoa idosa (BRASIL, 2024). Essa recomendação oficial reforça o papel da escala como um instrumento estratégico para superar as barreiras do subdiagnóstico e promover a integralidade do cuidado na saúde do idoso.<sup>17, 18, 19</sup>

## 2.2 Qualidade de vida na terceira idade

O conceito de qualidade de vida representa um construto amplo, subjetivo e multidimensional, que supera a visão biomédica restrita, focada meramente na ausência de doenças. Essa compreensão holística foi consolidada em uma definição de referência proposta pela Organização Mundial da Saúde (1995), que descreve a qualidade de vida como o julgamento particular que uma pessoa faz sobre sua situação no mundo, considerando o que a sociedade ao seu redor valoriza, mas, principalmente, o que é importante para ela mesma em termos de objetivos, padrões e inquietações.

Ao aplicar essa definição à terceira idade, sua relevância se torna ainda mais evidente e necessária, pois o envelhecimento é frequentemente acompanhado pelo surgimento de doenças crônicas e limitações funcionais, o que torna a abordagem restrita de "ausência de doença" insuficiente para avaliar o bem-estar do idoso. Um indivíduo pode conviver com múltiplas patologias e, ainda assim, ter uma percepção positiva de sua qualidade de vida, desde que outros domínios, como os vínculos sociais, a autonomia, a saúde mental e a participação em atividades prazerosas, estejam preservados.

Nesse contexto, a qualidade de vida na terceira idade não é determinada por um observador externo com base em um prontuário médico, mas sim pela própria avaliação que o idoso faz de sua existência, sendo o aspecto da "percepção do indivíduo" o pilar central. Seus objetivos e expectativas podem se adaptar com o tempo, passando a valorizar mais a força dos laços familiares, a segurança do ambiente e a manutenção da independência para atividades diárias, em vez de metas produtivas ou de longo prazo.<sup>20</sup>

### 2.2.1 Domínios da qualidade de vida segundo a Organização Mundial Da Saúde (OMS)

Para solucionar o desafio de medir um conceito tão subjetivo como a qualidade de vida, a OMS liderou um projeto para criar uma ferramenta de avaliação que fosse padronizada e transcultural. O resultado foi a metodologia WHOQOL que, conforme descrito por Fleck et al. (2000), operacionaliza a qualidade de vida em quatro domínios essenciais, permitindo que ela seja analisada de forma estruturada e comparável.<sup>5</sup>

A análise da qualidade de vida inicia-se pela esfera física, que mensura como a saúde do corpo repercute no cotidiano, abordando desde a vitalidade e o cansaço, a

dor e a mobilidade, até a capacidade de autossuficiência e de trabalho. Em paralelo, a esfera psicológica explora o universo interior do indivíduo, avaliando o equilíbrio entre emoções positivas e negativas, a força da autoestima, a aceitação da própria imagem e a clareza das funções mentais como memória e raciocínio. A investigação se estende à esfera das Relações Sociais, onde se pondera a robustez dos laços afetivos e do suporte social disponível. Por último, a esfera do Meio Ambiente analisa as condições de vida externas, ponderando fatores que vão da segurança e qualidade da moradia, passando pela estabilidade financeira e acesso à saúde, até as oportunidades de lazer e desenvolvimento.<sup>20</sup>

### **2.2.2 O instrumento WHOQOL-BREF na avaliação da qualidade de vida**

O WHOQOL-bref, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde<sup>21</sup>, é a versão abreviada e mais prática do instrumento original, o WHOQOL-100. Sua criação como um questionário mais conciso visa facilitar a avaliação padronizada e transcultural da percepção subjetiva do bem-estar, especialmente em pesquisas de larga escala e na rotina clínica.<sup>20</sup>

Sua estrutura é composta por 26 questões: 24 avaliam os quatro domínios fundamentais da qualidade de vida (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e duas perguntas gerais investigam a percepção global do indivíduo sobre sua vida e saúde. Graças a essa combinação de abrangência e praticidade, sua aplicação é vasta, sendo utilizado na clínica para monitorar o impacto de tratamentos, em pesquisas para comparar grupos e em saúde pública para orientar políticas. A excelente aplicabilidade e fidedignidade do instrumento para o contexto brasileiro foram atestadas pelo estudo de validação de Fleck et al. (2000), que o consolidou como uma ferramenta de referência no país.<sup>5</sup>

### **2.3 A interface entre depressão, cognição e qualidade de vida em idosos**

A depressão em idosos constitui uma condição de saúde mental prevalente, crônica e significativamente incapacitante, conforme aponta Silvertsen et al. (2015), sua presença não só aumenta o risco de mortalidade, mas também exerce uma influência profundamente negativa sobre a qualidade de vida (QV) do indivíduo. A relação entre depressão e QV é complexa e bidirecional, operando como um círculo vicioso que se retroalimenta. Por um lado, a depressão atinge diretamente os pilares da QV: mina a energia física, deteriora o bem-estar psicológico e promove o isolamento

social, o que, por sua vez, agrava o prognóstico de comorbidades clínicas e diminui a percepção geral de uma vida satisfatória.<sup>22</sup> Por outro lado, uma baixa qualidade de vida funciona como um potente fator de risco para o desenvolvimento e a exacerbação de quadros depressivos. Fatores como a presença de doenças crônicas, dor persistente, incapacidade funcional, isolamento social e luto, elementos que definem uma QV reduzida, contribuem para mudanças fisiológicas que aumentam a suscetibilidade à depressão. Assim, a adversidade psicossocial, característica de uma baixa QV, pode atuar como o gatilho que desencadeia a depressão em um cérebro já fragilizado.<sup>8</sup>

Nesta intrincada relação, o comprometimento cognitivo surge como um mediador crucial porque a depressão em idosos frequentemente se manifesta com sintomas cognitivos, como déficits de memória, atenção e função executiva, configurando um quadro por vezes denominado "pseudodemência depressiva". Este estado não só mimetiza a demência, mas, de forma mais alarmante, a depressão é hoje reconhecida como um fator de risco independente para o desenvolvimento de demências futuras, possivelmente devido ao dano que o processo depressivo crônico impõe às estruturas e vias neurais.<sup>8</sup> Consequentemente, a cognição prejudicada impacta diretamente a qualidade de vida, ao diminuir a autonomia do idoso, sua capacidade de realizar atividades diárias e de se engajar socialmente, fechando o ciclo deletério entre depressão, disfunção cognitiva e baixa qualidade de vida.

#### **2.4 Rastreamento cognitivo como fator relevante na pesquisa com idosos**

A investigação da relação entre depressão e qualidade de vida em idosos exige rigor metodológico para garantir a validade dos achados e nesse contexto, a inclusão de uma avaliação cognitiva não é apenas um complemento, mas um procedimento fundamental para a integridade da pesquisa. A necessidade desse rastreamento se ancora em duas justificativas principais: uma de ordem diagnóstica e outra de ordem pragmática, relacionada à fidedignidade dos dados. Primeiramente, a avaliação cognitiva é crucial para auxiliar na distinção entre os sintomas de um quadro depressivo e os de uma demência incipiente. Conforme discutido por Alexopoulos (2005), a depressão tardia pode cursar com déficits de memória e concentração tão significativos que configuram uma "pseudodemência", um quadro reversível com o tratamento do humor. Contudo, esses mesmos sintomas podem sinalizar o início de um processo neurodegenerativo. O rastreamento cognitivo, portanto, permite ao pesquisador

caracterizar melhor a amostra e interpretar os resultados com maior acurácia, controlando uma variável de confusão essencial.<sup>8</sup>

A segunda justificativa é de natureza prática: um comprometimento cognitivo de grau moderado a severo poderia invalidar as respostas dos participantes a instrumentos subjetivos. Questionários como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e o WHOQOL-BREF, que avaliam sintomas afetivos e a percepção da qualidade de vida, dependem da capacidade do indivíduo de compreender as perguntas, evocar memórias relevantes e formular um julgamento sobre seu próprio estado. Um participante com déficit cognitivo acentuado poderia não ser capaz de realizar essas tarefas de forma confiável, introduzindo um viés significativo e comprometendo a validade dos dados coletados, logo o rastreio funciona como um critério de elegibilidade ou como uma variável de controle, garantindo que as respostas analisadas provenham de indivíduos com capacidade de autoinforme preservada.

Para atender a essa demanda metodológica, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi selecionado como ferramenta de avaliação. Trata-se de um instrumento de rastreio cognitivo global, amplamente utilizado internacionalmente e no Brasil por sua rápida e fácil aplicação, que avalia domínios como orientação temporal e espacial, memória, atenção, cálculo e linguagem. No entanto, é sabido que o desempenho no MEEM é altamente influenciado pelo nível de escolaridade do indivíduo. Para contornar essa limitação e garantir uma interpretação adequada dos escores, é imperativo o uso de pontos de corte ajustados pela escolaridade, conforme estabelecido pelo estudo seminal de Bertolucci et al. (1994) para a população brasileira. Dessa forma, a utilização dessas normas permite classificar o desempenho do participante de forma mais justa e precisa, fortalecendo a validade da avaliação cognitiva no contexto da pesquisa.<sup>23</sup>

### 3 Método

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, de natureza epidemiológica, com delineamento transversal e descritivo, e com uma abordagem mista que integra métodos quantitativos e qualitativos.

A abordagem quantitativa foi utilizada para coletar e analisar dados primários por meio da aplicação de instrumentos estruturados, como os questionários EDG-15 e WHOQOL-BREF, além do MEEM para triagem cognitiva. O objetivo desta abordagem foi avaliar e traçar o perfil de idosos com sintomas de depressão, mensurando a relação entre as variáveis de qualidade de vida e os sintomas depressivos na população estudada e o delineamento transversal da pesquisa permitiu a coleta de dados em um único período de tempo, fornecendo um panorama dessa relação no momento do estudo.

Complementarmente, a abordagem qualitativa foi empregada para aprofundar a compreensão do fenômeno investigado, para isso, utilizou-se o diário de campo como instrumento de registro de observações, sendo essa uma prática metodológica consolidada na pesquisa em saúde<sup>24</sup>, como expressões verbais e não verbais, reações emocionais e aspectos do contexto da interação com os participantes. A análise destes dados qualitativos foi planejada com base na técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin<sup>25</sup>, buscando enriquecer e humanizar a interpretação dos achados quantitativos.<sup>26</sup>

#### 3.1 Caracterização do local de estudo

A pesquisa de campo foi desenvolvida no Instituto Lar dos Velhinhos Maria Madalena, uma ILPI e Organização Não Governamental (ONG) de natureza filantrópica localizada na região administrativa do Park Way, Distrito Federal. A instituição dispõe de registros no Conselho de Assistência Social do DF (CAS), no Conselho dos Direitos dos Idosos do DF (CDI) e no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), possui como um de seus objetivos estatutários centrais promover o acolhimento e o abrigo de idosos com foco em indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade social de todas as regiões do Distrito Federal, incluindo áreas urbanas e rurais.

A ILPI possui uma capacidade total para 94 residentes sendo 92 vagas provenientes de convênio com a SEDES e 2 vagas sociais direcionadas pela própria instituição. A infraestrutura é ampla e projetada para atender às necessidades dos

residentes, sendo composta por três alas residenciais — Residencial das Flores (feminino), Residencial dos Lírios (masculino) e Residencial Girassóis (misto) — que somam 47 suítes duplas. Além dos dormitórios, o espaço conta com diversas áreas comuns, como refeitório, cozinha, consultório, sala de fisioterapia, capela, biblioteca, jardim e bloco administrativo.

O público atendido é composto por idosos a partir de 60 anos, de ambos os gêneros, com ou sem comprometimento cognitivo e motor, e o cuidado integral é garantido por uma robusta equipe multidisciplinar de 129 colaboradores que atuam diretamente na ILPI. Entre os profissionais, destacam-se 44 cuidadores de idosos, 9 técnicos em enfermagem, 3 assistentes sociais, 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional e 1 fisioterapeuta. Os serviços oferecidos são abrangentes, incluindo acompanhamento de serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem e nutrição.

A escolha do Instituto Lar dos Velhinhos Maria Madalena como campo para este estudo justifica-se por sua relevância e estrutura, trata-se de uma ILPI de grande porte, com parceria formalizada com o poder público para o acolhimento de um número expressivo de residentes, o que a torna um contexto representativo para a investigação das práticas de cuidado e da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada no Distrito Federal. Além disso, a escolha do Instituto como campo de estudo foi viabilizada pela concessão de autorização para a coleta de dados, sendo a receptividade da coordenação e a disponibilidade de acesso aos residentes fatores determinantes para sua seleção.

### **3.2 Objeto de estudo**

O objeto do presente estudo é a relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão em idosos residentes em uma ILPI, bem como os determinantes sociais e ambientais que influenciam esse fenômeno no contexto da institucionalização.

### **3.3 Instrumentos de coleta de dados**

Para a coleta de dados, foram selecionados os seguintes instrumentos, escolhidos por sua validação científica, adequação aos objetivos do estudo e especificidade para a população investigada:

**Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15):** Para o rastreamento de sintomas depressivos, optou-se pela Escala de Depressão Geriátrica em sua versão de 15 itens, a escolha

deste instrumento, originalmente proposto por Yesavage et al. (1983) e posteriormente abreviado<sup>16</sup>, se justifica por sua rápida aplicação em ambiente clínico e por ser projetado especificamente para a população idosa, evitando questões sobre queixas somáticas que poderiam ser confundidas com o processo natural do envelhecimento. Sua validade e confiabilidade para uso na população brasileira foram estabelecidas por Almeida & Almeida (1999) e Paradela et al. (2005).

**WHOQOL-BREF:** A percepção sobre a qualidade de vida foi mensurada pelo WHOQOL-BREF, instrumento validado no Brasil por Fleck et al. (2000), a escolha deste questionário se fundamenta em seu reconhecimento internacional, por ter sido desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>21</sup>, e em sua abordagem multidimensional que avalia quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Durante sua aplicação, foi utilizado como recurso de apoio o desenho de uma escala visual para auxiliar os participantes na compreensão e escolha das respostas.

**Mini Exame do Estado Mental (MEEM):** O MEEM foi incluído como instrumento de triagem cognitiva, sua utilização justifica-se pela necessidade de assegurar que os participantes possuíam a capacidade de compreensão mínima para responder aos questionários e consentirem de forma autônoma, garantindo a validade dos dados e o rigor ético da pesquisa. Os resultados foram analisados com base nos pontos de corte ajustados pela escolaridade, conforme validação para a população brasileira.<sup>23</sup> Devido à sua implementação no projeto após o início da coleta de dados, este instrumento foi aplicado como etapa inicial para a maioria dos participantes; contudo, para quatro voluntários, a aplicação ocorreu ao final do encontro, após os demais questionários.

**Diário de Campo:** Como instrumento qualitativo complementar, utilizou-se o diário de campo, a escolha desta ferramenta se justifica pela necessidade de aprofundar a compreensão do fenômeno e captar nuances subjetivas não mensuráveis pelos instrumentos estruturados. Por meio dele, as pesquisadoras registraram de forma sistemática e anônima as expressões verbais e não verbais, reações emocionais e comentários espontâneos dos participantes durante a coleta, uma técnica essencial

para contextualizar dados na pesquisa científica<sup>27</sup> visando enriquecer a análise quantitativa com um olhar mais humanizado e contextual.

### 3.4 Delimitação de universo e amostra

O universo da pesquisa foi composto pela população de idosos residentes na ILPI Instituto Lar dos Velhinhos Maria Madalena que, no período do estudo, totalizava 92 indivíduos, a escolha desta instituição se justifica por seu perfil de atendimento diversificado, acolhendo residentes encaminhados por meio de convênio com o poder público e também por via particular ou social. Essa característica proporciona uma população com diferentes perfis socioeconômicos, tornando-a um campo representativo para a análise da relação entre qualidade de vida e depressão.

A seleção da amostra foi do tipo não probabilística, foram abordados 17 idosos, selecionados por conveniência e com base na orientação da equipe de neuropsicologia da instituição, que auxiliou na identificação de residentes com perfil para participação. Deste total, 15 idosos concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo a amostra final do estudo, enquanto 2 recusaram o convite.

Os critérios de inclusão definidos para os participantes foram: ser residente da instituição há mais de três meses e ter idade igual ou superior a 60 anos, já o principal critério de exclusão foi a presença de um diagnóstico de demência grave ou uma incapacidade de compreensão que impedisse a participação, mesmo com apoio externo. Para avaliar a capacidade de compreensão, foi realizada triagem cognitiva e a classificação dos resultados do MEEM com base no nível de escolaridade, assegurando respeito à dignidade, autonomia e integridade dos idosos participantes, ademais utilizou-se esses resultados como apoio para a aplicação do critério de exclusão, conforme detalhado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Classificação Cognitiva com Base no MEEM e Escolaridade

Escolaridade	Sem déficit (normal)	Déficit leve	Déficit moderado/grave
Sem escolaridade	≥19	15–18	<15
1–3 anos	≥23	19–22	<19
4–7 anos	≥24	20–23	<20

8 anos ou mais	≥26	22–25	<22
----------------	-----	-------	-----

Fonte: Adaptado de Bertolucci et al. (1994).

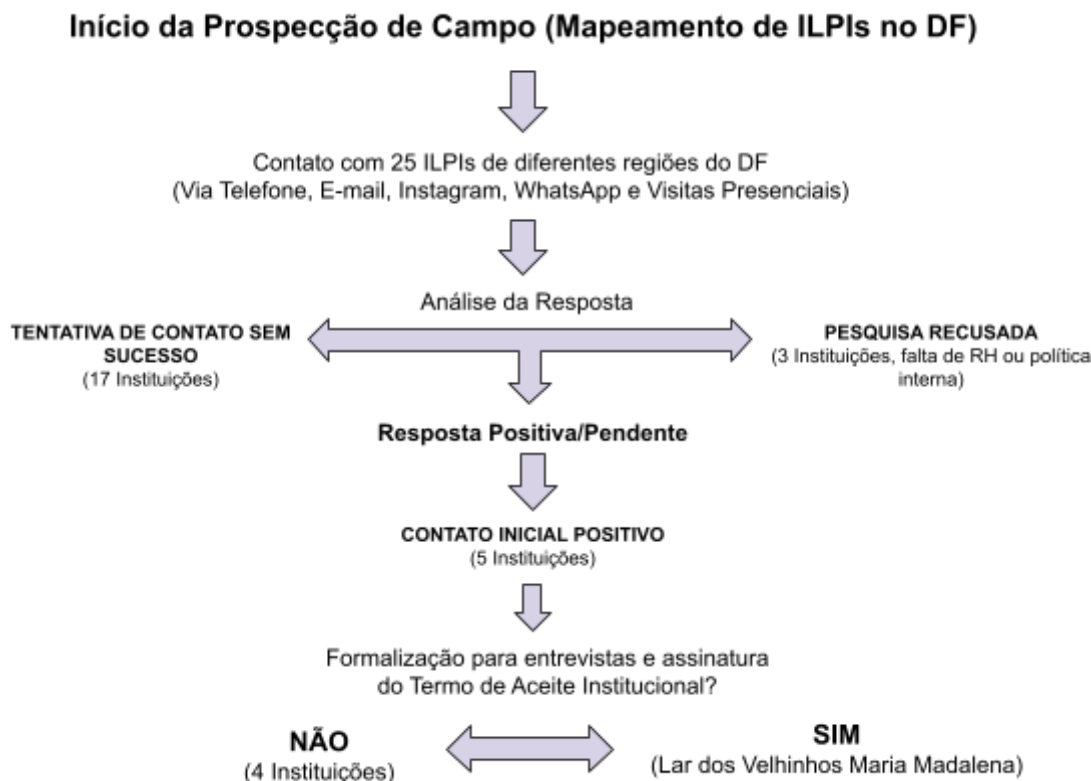
Ressalta-se que a ausência de escolaridade não foi um critério de exclusão e que em casos de participantes não alfabetizados, o TCLE foi lido em voz alta e os questionários foram aplicados oralmente pelos pesquisadores, com a possibilidade de registro do consentimento por meio da impressão digital, garantindo sua inclusão no estudo.

### 3.5 Procedimentos metodológicos

A condução do estudo foi iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e inicialmente a prospecção do campo de estudo envolveu o contato com 25 ILPIs no Distrito Federal conforme descrito pelo Fluxograma 1, foram encontradas dificuldades expressivas para estabelecer o contato e obter a autorização formal das instituições para a participação

no estudo mesmo após diversas tentativas por diferentes canais. Após obter a autorização do Instituto Lar dos Velinhos Maria Madalena, foram realizadas 6 visitas à instituição e esses encontros permitiram às pesquisadoras não apenas realizar a coleta de dados, mas também conhecer a estrutura física do local e interagir com os residentes e funcionários durante suas atividades, o que foi fundamental para a compreensão do contexto da pesquisa.

**Fluxograma 1 –** Processo de Prospecção de Campo nas ILPIs do Distrito Federal



**Fonte:** Elaborado pelo autor.

O recrutamento dos participantes na instituição foi realizado por meio de comunicações internas e pela abordagem individual dos residentes, respeitando sua privacidade e disponibilidade, a coleta de dados ocorreu de forma presencial e individual. A abordagem comunicacional durante as entrevistas foi pautada nas boas práticas recomendadas pelo Caderno de Atenção Básica sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa<sup>2</sup>, visando estabelecer um ambiente de confiança e garantir a clareza na aplicação dos instrumentos. O procedimento padrão consistiu na aplicação sequencial dos instrumentos: inicialmente, o MEEM para triagem cognitiva; em seguida, a EDG-15; e, por fim, o questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF. Durante a aplicação do WHOQOL-BREF; imediatamente após cada encontro, as pesquisadoras realizaram os registros qualitativos no diário de campo.

Após a coleta, os questionários foram digitalizados e, para garantir o anonimato, os participantes receberam identificações alfanuméricas (P1 a P15). Os dados foram inseridos e tabulados em planilhas no software Google Sheets, posteriormente a análise estatística descritiva e inferencial foi realizada por meio do

programa JASP. Concomitantemente, os registros qualitativos do diário de campo foram submetidos à Análise de Conteúdo, seguindo rigorosamente as três fases cronológicas propostas por Laurence Bardin<sup>25</sup>:

**Pré-análise:** Esta fase inicial consistiu na organização de todo o material coletado, realizou-se a "leitura flutuante" dos registros do diário de campo para obter uma visão geral do "corpus" e sistematizar as ideias iniciais, estabelecendo as regras e o plano da análise subsequente.

**Exploração do Material:** Sendo a etapa central da análise, nesta fase realizou-se a codificação dos dados. Os registros foram sistematicamente lidos para definir "unidades de registro" (trechos significativos, como falas, observações de comportamento ou expressões) que foram, então, agrupadas por semelhança e pertinência. Esse processo de classificação e agregação deu origem às categorias temáticas que estruturam os resultados qualitativos.

**Tratamento dos Resultados e Interpretação:** Por fim, na última fase, os dados brutos foram transformados em resultados significativos. As categorias temáticas foram consolidadas e validadas, permitindo a realização de inferências e interpretações que conectaram os achados qualitativos com o referencial teórico do estudo e os dados quantitativos obtidos, buscando uma compreensão aprofundada do fenômeno investigado.<sup>28</sup>

#### 4 Resultados e discussão

A amostra do estudo foi composta por 15 idosos institucionalizados na ILPI Instituto Lar dos Velhinhos Maria Madalena, a análise descritiva subsequente revelou um perfil detalhado em múltiplos aspectos conforme apresentado na Tabela 3.

No perfil sociodemográfico, a maioria dos participantes era do sexo feminino (60,0%), a faixa etária predominante foi de 60 a 75 anos (46,7%), seguida por idosos com mais de 80 anos (33,3%), em relação à cor, a maioria dos participantes autodeclarou-se parda (53,3%), havendo também brancos (40,0%) e negros (6,7%). A distribuição de escolaridade foi diversa, onde um terço (33,3%) não possuía escolaridade formal, já o estado civil predominante foi o de viuvez (40,0%) e uma ampla maioria afirmou possuir espiritualidade/religião (86,7%). Notavelmente, a maior parte da amostra (73,3%) reside na instituição há mais de 12 meses e em relação ao suporte social externo, um terço dos idosos (33,3%) não recebe visitas ou as recebe com frequência superior a um mês, a participação em atividades coletivas foi frequente para 46,7% dos participantes, ocasional para 33,3% e inexistente para 20,0%.

No perfil clínico, a avaliação cognitiva realizada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) indicou que a maioria (66,7%) apresentou desempenho sugestivo de demência leve. No que tange à saúde mental, a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) mostrou que, apesar do quadro cognitivo, a maior parte (66,7%) não apresentou sintomas depressivos clinicamente relevantes, embora um terço (33,3%) tenha sido classificado com depressão leve em paralelo, o uso de psicotrópicos foi relatado por 46,7% dos participantes.

As observações qualitativas, categorizadas por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin, revelaram quatro temas principais: Necessidade De Interação Social (80,0%), Rompimento De Vínculos Afetivos e Suporte Social (80,0%), Sofrimento Emocional Não Verbalizado (46,7%) e Queixas De Saúde Não Atendidas (40,0%). As 4 categorias buscaram abarcar os pontos convergentes dos discursos heterogêneos encontrados em campo, indo de encontro ao presente momento da entrevista, as causas estruturais e históricas da solidão, a subjetividade corpórea que escapa aos questionários e a percepção do indivíduo sobre sua experiência de saúde.

**Tabela 2 – Guia de Codificação Qualitativo**

CATEGORIA	DEFINIÇÃO BREVE	UNIDADES DE REGISTRO
1 – Necessidade de Interação Social	Expressões de solidão e desejo por companhia no ambiente atual.	Relatos de tédio, busca por conversa, isolamento no quarto, falta de atividades.
2 – Rompimento de Vínculos Afetivos e Suporte Social	Narrativas sobre perdas de laços familiares e sociais externos.	Menções a viuvez, saudade dos filhos/amigos, falta de visitas, memórias do passado.
3 – Sofrimento Emocional Não Verbalizado	Manifestações corporais e comportamentais de angústia e tristeza.	Choro, suspiros, apatia, agitação, postura corporal, tom de voz.
4 – Queixas de Saúde Não Atendidas	Relatos sobre necessidades de saúde que foram comunicadas mas não resolvidas.	Dores ignoradas, falta de remédios, consultas adiadas, sintomas minimizados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 3 – Perfil Sociodemográfico e Clínico Detalhado da Amostra**

Característica	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo	Feminino	9	60,0
	Masculino	6	40,0
Cor	Branco(a)	6	40,0
	Pardo(a)	8	53,3
	Negro(a)	1	6,7
Estado Civil	Casado(a)	1	6,7
	Divorciado(a)	4	26,7
	Solteiro(a)	4	26,7
	Viúvo(a)	6	40,0
Escolaridade	Sem escolaridade	5	33,3
	1–3 anos	2	13,3
	4–7 anos	3	20,0
	8 anos ou mais	5	33,3
Tempo de Institucionalização	3–6 meses	2	13,3
	6–12 meses	2	13,3
	> 12 meses	11	73,3
Tempo Desde Última Visita	Sem visitas	4	26,7
	15 dias	4	26,7

	≤ 1 mês	2	13,3
	> 1 mês	5	33,3
<b>Participação em Atividades Coletivas</b>	Frequentemente	7	46,7
	Às vezes	5	33,3
	Nunca	3	20,0
<b>Uso de Psicotrópicos</b>	Sim	7	46,7
	Não	8	53,3
<b>Classificação cognitiva MEEM</b>	Demência leve	10	66,7
	Sem comprometimento	5	33,3
<b>Classificação GDS-15</b>	Normal	10	66,7
	Depressão leve	5	33,3
<b>Observações Qualitativas (Análise de Bardin)</b>	Necessidade De Interação Social	12	80,0
	Rompimento De Vínculos Afetivos	12	80,0
	Sofrimento Emocional Não Verbalizado	7	46,7
	Queixas De Saúde Não Atendidas	6	40,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.1 Principais achados quantitativos

A análise inferencial dos dados revelou três achados principais estatisticamente significativos, que respondem aos objetivos centrais da pesquisa. Cada achado é detalhado a seguir:

##### **Achado 1: A Relação Inversa entre Depressão e Qualidade de Vida**

Confirmando a hipótese central do estudo, a análise de Correlação de Pearson demonstrou uma relação inversa, forte e estatisticamente significativa entre a intensidade dos sintomas depressivos (GDS-15) e a percepção da qualidade de vida. Esta relação foi particularmente evidente no domínio Físico ( $r = -0.825$ ;  $p < .001$ ) e no domínio Psicológico ( $r = -0.701$ ;  $p = 0.004$ ) e em termos práticos, este resultado, o mais robusto da pesquisa, indica que um aumento nos sintomas depressivos está diretamente associado a uma piora significativa na percepção do idoso sobre sua energia, mobilidade, dor (domínio físico), bem como sobre seus sentimentos, autoestima e capacidade de concentração (domínio psicológico).

### **Achado 2: O Impacto Protetor da Participação em Atividades na Vida Social**

A Análise de Variância (ANOVA) identificou a participação em atividades coletivas como um fator crucial para a qualidade de vida social dos residentes. O resultado foi estatisticamente significativo ( $F(2, 12) = 5.817, p = 0.017$ ), indicando que a frequência da participação impacta diretamente este domínio. A análise post-hoc de Tukey revelou que a diferença reside especificamente entre os idosos que participam "Frequentemente" das atividades e aqueles que participam apenas "Às vezes" ( $p = 0.014$ ). O primeiro grupo apresentou uma média de qualidade de vida social significativamente superior, sugerindo que o engajamento constante, e não apenas esporádico, é um fator protetor para as relações sociais dentro da instituição.

### **Achado 3: A Relação Paradoxal entre Queixas de Saúde e Interação Social**

De forma notável e contraintuitiva, o Teste T revelou que a observação qualitativa de "Queixas de Saúde Não Atendidas" estava associada a uma melhor qualidade de vida social. O resultado foi estatisticamente significativo ( $t(13) = -2.230, p = 0.044$ ), mostrando que o grupo com queixas observadas ( $n=6$ ) apresentou uma média de qualidade de vida social significativamente maior ( $M = 76.39$ ) do que o grupo sem queixas ( $n=9; M = 55.56$ ). Este achado paradoxal sugere que o ato de verbalizar queixas e buscar ajuda pode funcionar como uma estratégia de interação social, fortalecendo os laços com cuidadores e outros residentes, em vez de ser apenas um indicador de sofrimento físico.

### **Outras Comparações Não Significativas**

Embora um dos objetivos específicos fosse identificar os determinantes sociais que influenciam o aparecimento da depressão, nossos achados quantitativos não sustentaram essa ligação, uma vez que as demais comparações entre grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas (todos  $p > 0.05$ ). Isso não significa que essas relações não existam, mas sim que o estudo não possuía poder estatístico para detectá-las, o que aponta para a necessidade de investigações futuras com amostras mais amplas.

**Uso de Psicotrópicos:** O escore médio de depressão (GDS-15) não diferiu significativamente entre usuários ( $M = 4,14$ ) e não usuários ( $M = 4,88$ ) de psicotrópicos

( $p=0.698$ ). O p-valor elevado sugere que a diferença observada entre as médias não possui significância estatística, podendo ser atribuída a variações aleatórias da amostra.

**Rompimento de Vínculos:** Não foi observada diferença significativa na qualidade de vida no domínio social (WHOQOL Social) entre o grupo sem rompimento de vínculos ( $M = 72,22$ ) e o grupo com rompimento ( $M = 61,81$ ) ( $p=0.442$ ). Apesar da aparente diferença entre as médias, o valor de p indica que esta não é estatisticamente robusta, não permitindo inferir um efeito real da variável sobre a qualidade de vida social neste estudo.

**Nível de Escolaridade:** A qualidade de vida no domínio psicológico (WHOQOL Psicológico) não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os diferentes níveis de escolaridade ( $p=0.369$ ). As variações observadas nas médias dos grupos não alcançaram, portanto, o limiar de significância estatística.

**Sofrimento Emocional:** Não houve diferença significativa nos escores de depressão (GDS-15) entre o grupo sem observação de sofrimento emocional ( $M = 3,75$ ) e o grupo com tal observação ( $M = 5,43$ ) ( $p=0.368$ ). Embora a direção da diferença entre as médias seja consistente com a literatura — que associa sofrimento emocional a maiores escores de depressão — o resultado não possui significância estatística na amostra analisada.

**Queixas de Saúde:** A qualidade de vida no domínio físico (WHOQOL Físico) não apresentou diferença significativa entre os participantes com e sem observação de queixas de saúde ( $M = 61,91$  vs.  $M = 59,92$ , respectivamente;  $p=0.883$ ). O p-valor elevado corrobora a semelhança entre as médias, indicando ausência de evidência de um efeito estatístico.

**Classificação Cognitiva (MEEM):** Não foi encontrada diferença significativa na qualidade de vida física entre o grupo com classificação de "demência leve" ( $M = 57,50$ ) e o grupo "normal" ( $M = 67,14$ ) ( $p=0.486$ ), não havendo, portanto, evidência no estudo para associar a classificação cognitiva a uma alteração neste domínio da qualidade de vida.

#### 4.2 Discussão dos resultados em relação à literatura

A discussão dos resultados inicia-se com o achado mais robusto da pesquisa: a forte e estatisticamente significativa correlação negativa entre os sintomas depressivos e a qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, que não apenas confirma a hipótese central do estudo, mas também dialoga diretamente com a literatura, que descreve a depressão em idosos como uma condição que agrava os desfechos de doenças e aumenta a mortalidade.<sup>8</sup>

A associação com o domínio físico ( $r = -0.825$ ) é particularmente reveladora e pode ser compreendida pela apresentação frequentemente somática da depressão geriátrica. Como observado em campo, o sofrimento emocional muitas vezes se manifestava em queixas físicas ou na dificuldade de aceitar a própria deficiência, como no caso do participante P3, que se mostrava muito emotivo com sua perda de capacidade para o trabalho. Esta observação ilustra como a percepção negativa da saúde, um fator associado à depressão segundo outros estudos<sup>12</sup>, e o sofrimento psíquico se entrelaçam, criando um ciclo vicioso que diminui drasticamente a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Adicionalmente, o estudo revelou que a participação frequente em atividades coletivas atua como um fator protetor para a qualidade de vida social ( $p = 0.014$ ), um achado de grande relevância prática para a gestão do cuidado em ILPIs. A literatura aponta o isolamento social como um dos principais estressores no ambiente institucional<sup>13</sup>, e os dados sugerem que as atividades estruturadas são o principal mecanismo para combatê-lo. Esta evidência quantitativa é aprofundada pelas observações qualitativas como a categoria "Necessidade de Interação Social", identificada em 80% da amostra, manifestava-se no desejo dos residentes de partilhar histórias, como observado no "alongamento do discurso" durante as entrevistas. Para muitos, como a participante P8 que relatou sentir "falta de se engajar nos projetos da igreja", as atividades coletivas representam a principal, e por vezes única, oportunidade de recriar os laços comunitários perdidos. O fato de a diferença significativa ter sido encontrada entre a participação "Frequentemente" e a "Às vezes" sugere que não basta a oferta esporádica, mas sim a criação de uma rotina de

engajamento que efetivamente estruture o dia a dia e promova um sentimento de pertença.

De forma paradoxal, o estudo revelou que a observação qualitativa de "Queixas de Saúde Não Atendidas" estava associada a uma melhor qualidade de vida social ( $p = 0.044$ ), este achado que contrapõe o exposto por Silvertsen et al. (2015), e pode sugerir que o ato de verbalizar queixas pode funcionar como uma estratégia de interação social no contexto dessa ILPI, a comunicação de uma dor ou mal-estar mobiliza a atenção de cuidadores e colegas, estabelecendo um diálogo que combate o isolamento. Esta dinâmica é ilustrada pelas queixas da participante P1, que expressou frustração com a falta de cirurgia para catarata e a dificuldade financeira para comprar seus medicamentos, e pelo participante P15, que reclamou da demora para atendimento e procedimentos cirúrgicos no hospital de base. Em ambos os casos, a verbalização de uma necessidade de saúde não atendida, embora revele uma falha no sistema de cuidado, também força uma interação com a equipe e com as pesquisadoras. A "necessidade de escuta", observada de forma recorrente no diário de campo, encontra na queixa de saúde um canal legítimo para se manifestar, logo este resultado pode indicar que os idosos com melhores recursos sociais ou maior desejo de interação são aqueles que mais ativamente comunicam suas necessidades, transformando a queixa em um ato de conexão. Este achado, para o qual não foi encontrada uma explicação direta na literatura consultada sobre depressão em ILPIs, sugere uma dinâmica psicossocial complexa e pouco explorada, apontando para a necessidade de futuras pesquisas que investiguem a comunicação de necessidades de saúde não apenas como um sintoma, mas como uma ferramenta de agência social do idoso institucionalizado.

Ao interpretar os achados deste estudo, é fundamental considerar as suas limitações metodológicas inerentes, primeiramente, o tamanho reduzido da amostra ( $n=15$ ), embora tenha sido uma escolha que favoreceu a profundidade da análise qualitativa, impõe restrições ao poder estatístico. Com um número menor de participantes, a capacidade de detectar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos é diminuída, o que pode explicar por que diversas comparações numericamente interessantes, como a influência do estado civil e o domínio psicológico não alcançaram o limiar de significância ( $p < 0.05$ ) mesmo com

participantes viúvos pontuando mais na GDS-15. Em segundo lugar, o delineamento transversal da pesquisa oferece um panorama valioso da condição dos idosos em um momento específico, mas não permite estabelecer relações de causa e efeito. Por exemplo, embora tenhamos encontrado uma forte correlação entre depressão e baixa qualidade de vida, não podemos afirmar que uma causa a outra; é igualmente possível que uma baixa qualidade de vida contribua para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Por fim, a seleção da amostra por conveniência em uma única instituição implica um potencial viés de seleção, pois o perfil dos residentes do Instituto Lar dos Velinhos Maria Madalena pode ter características únicas, de modo que os resultados, embora profundamente válidos para este contexto, não devem ser generalizados para toda a população de idosos institucionalizados no Distrito Federal, que pode variar em termos de perfil socioeconômico, estrutura de cuidado e suporte familiar.

Apesar de suas limitações, os achados deste estudo oferecem implicações práticas relevantes para o cuidado na ILPI investigada e em contextos similares. O resultado de que a participação frequente, e não apenas esporádica, em atividades coletivas está associada a uma melhor qualidade de vida social sugere a importância de se investir na criação de uma rotina de engajamento estruturada para os idosos. Adicionalmente, o achado paradoxal de que as queixas de saúde se associaram a uma maior interação social pode servir como um subsídio para a formação das equipes, incentivando-as a interpretar a verbalização de queixas não apenas como um sintoma, mas também como uma busca por conexão e cuidado. Como sugestão para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos longitudinais, que possam acompanhar os idosos ao longo do tempo para entender as relações de causa e efeito, e estudos com amostras maiores e multicêntricas, para aumentar a generalização dos resultados e confirmar as tendências aqui observadas.

## 5 Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo central avaliar o perfil de idosos com sintomas de depressão em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e sua relação com a qualidade de vida. Para alcançar tal propósito, empregou-se uma abordagem mista de delineamento transversal, realizada com uma amostra de 15 idosos residentes no Instituto Lar dos Velhinhos Maria Madalena, no Distrito Federal. A metodologia integrou a análise de dados quantitativos — coletados por meio dos instrumentos MEEM, EDG-15 e WHOQOL-BREF — com a profundidade das observações qualitativas registradas em diário de campo que trouxeram à luz 4 categorias: Necessidade De Interação Social, Rompimento De Vínculos Afetivos e Suporte Social, Sofrimento Emocional Não Verbalizado e Queixas De Saúde Não Atendidas.

As principais conclusões confirmam a hipótese central do estudo, revelando uma forte correlação inversa, estatisticamente significativa, entre a intensidade dos sintomas depressivos e a percepção da qualidade de vida, com destaque para os domínios Físico ( $r=-0.825$ ) e Psicológico ( $r=-0.701$ ). Este resultado robustece a literatura que aponta a depressão como uma condição que agrava os desfechos de saúde em idosos. Evidenciou-se também que a participação frequente em atividades coletivas funciona como um importante fator de proteção e um refúgio contra o isolamento, indicando que a constância no engajamento é fundamental para o bem-estar social dos residentes.

Contudo, foi na análise das vozes que se queixam que a pesquisa trouxe à tona seu achado mais revelador: de forma paradoxal, a observação qualitativa de "Queixas de Saúde Não Atendidas" associou-se a uma melhor qualidade de vida no domínio social ( $p=0.044$ ). Esta conclusão sugere que o ato de verbalizar uma necessidade transcende o lamento; funciona como uma estratégia de interação, um ato de esperança e um pedido de conexão, por meio do qual o idoso mobiliza a atenção de cuidadores e colegas, fortalecendo os vínculos e combatendo o isolamento.

É fundamental ponderar que estes achados, embora reveladores, devem ser interpretados à luz das limitações metodológicas do estudo, principalmente o tamanho reduzido da amostra e o delineamento transversal, que não permite o estabelecimento de relações de causalidade. Recomenda-se, para trabalhos futuros, a realização de

estudos longitudinais e a replicação da pesquisa com amostras maiores para permitir a generalização dos resultados.

Por fim, este trabalho contribui para a compreensão das dinâmicas psicossociais no contexto da institucionalização, oferecendo implicações práticas diretas e os resultados reforçam a importância de se investir em rotinas estruturadas de engajamento coletivo e, sobretudo, sugerem a necessidade de capacitar as equipes de saúde para uma escuta que transcenda o sintoma, reconhecendo na verbalização das queixas uma possível busca por conexão e cuidado. A pesquisa, portanto, aponta para um modelo de atenção que valorize não apenas a saúde física e mental, mas também a promoção da autonomia e dos laços sociais como pilares para uma vida digna na velhice. É o de sustentar o "olhar compreensivo e terno" de nossa epígrafe, um olhar que permite aos idosos não apenas serem cuidados, mas exercerem sua mais nobre vocação: a de serem "mestres dum modo de viver pacífico e atento aos mais frágeis", ensinando, a todos nós, a verdadeira essência de cuidar.

## REFERÊNCIAS

1. PAPA FRANCISCO. **Mensagem do Papa Francisco por ocasião do II Dia Mundial dos Avós e dos Idosos [Internet]**. Vaticano; 2022 mai 3 [citado 2025 jul 2]. Disponível em: <https://www.vatican.va/content/francesco/pt/messages/nonni/documents/20220503-messaggio-nonni-anziani.html>
2. BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
3. BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [Internet]**. Brasília, DF: Presidência da República; 2003 [citado 2025 jul 2]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030) [Internet]**. Washington, D.C.: OPAS; 2024 [citado 2025 jul 2]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>
5. FLECK M.P.A.; LOUZADA S.; XAVIER M.; CHACHAMOVICH E.; VIEIRA G.; SANTOS L; et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”**. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
6. BARROS M.B.A.; LIMA M.G.; MEDINA L.P.B.; SZWARCOWALD C.L.; MALTA D.C. **Changes in prevalence and in educational inequalities in Brazilian health behaviors between 2013 and 2019**. Cad Saude Publica. 2022;38(Suppl 1):e00122221. doi: 10.1590/0102-311X00122221
7. MAIER W.; SCHERER M.; RIEDEL-HELLER S.G.; PETERSEN J.J.; BOECKER M.; LAMBERT M.; et al. **Risk factors and protective factors of depression in late life: results of the AgeMooDe study**. BMC Psychiatry. 2021;21(1):23. doi: 10.1186/s12888-021-03033-z
8. ALEXOPOULOS G.S.; **Depression in the elderly**. Lancet. 2005;365(9475):1961-70.
9. MELO R.A.; SANTOS B.S.; SILVA L.V.C.; MORAIS G.A.; OLIVEIRA E SILVA C.S.; TAHAN J. **Depressive Symptoms in Elderly People / Sintomas Depressivos em Grupos de Terceira Idade**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2019;11(2):297-303. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i2.297-303
10. TANI Y.; SUZUKI K.; KONDO K.; KONDO N. **Childhood Socioeconomic Status and Onset of Depression among Japanese Older Adults: The JAGES Prospective**

- Cohort Study.** Am J Geriatr Psychiatry. 2016;24(9):717-26. doi: 10.1016/j.jagp.2016.03.001
11. World Health Organization (WHO). **Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030** [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 jul 4]. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
  12. GOMES G.C.; PIRKIEL B.; FURTADO D.P.; ZORTEA B.; SÔNEGO J.G.P. **Prevalência de sintomas depressivos em idosos residentes em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática com metanálise.** Ciência & Saúde Coletiva. 2022;27(5):1955-68. doi: 10.1590/1413-81232022275.12202021
  13. LIMA T.F.M.; FARIA G.A.; COSTA S.M.; OLIVEIRA K.F.; FARIA L.M.; GAZOLLA F.M. **Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: uma revisão sistemática.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2019;68(1):47-56. doi: 10.1590/0047-2085000000216
  14. GARCIA B.N.; MOREIRA D.J.; OLIVEIRA P.R.S. **Saúde mental do idoso na Atenção Primária: uma análise das percepções de profissionais de saúde** [Internet]. Fortaleza: Repositório Institucional da UFC; 2017 [citado 2025 jul 5]. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/31805>
  15. YESAVAGE J.A.; BRINK T.L.; ROSE T.L.; LUM O.; HUANG V.; ADEY M.; *et al.* **Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.** Journal of Psychiatric Research. 1983;17(1):37-49.
  16. YESAVAGE J.A.; SHEIKH J.I. **9/Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version.** Clinical Gerontologist.1986;5(1-2):165-73.
  17. ALMEIDA O.P.; ALMEIDA S.A. **Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV.** International Journal of Geriatric Psychiatry1999;14(10):858-65.
  18. PARADELA E.M.P.; LOURENÇO R.A.; VERAS R.P. **Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral.** Rev Saúde Pública. 2005;39(6):918-23. doi: 10.1590/s0034-89102005000600007
  19. Brasil. Ministério da Saúde. **Escala de Depressão Geriátrica (GDS) [Internet].** Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 jul 3]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/escala-depressao-geriatrica/>
  20. The World Health Organization. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Social Science & Medicine 1995;41(10):1403-9.

21. The WHOQOL Group. **Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment.** Psychol Med. 1998;28(3):551-8.
22. SIVERTSEN H.; BJØRKLØF G.H.; JØRGENSEN K.; ENGEDAL K.; SELBÆK G.; HELVIK A.S. **Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review.** Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2015;40(5-6):311-39. doi: 10.1159/000438848
23. BERTOLUCCI P.H.F.; BRUCKI S.M.D.; CAMPACCI S.R.; JULIANO Y. O. **Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade.** Arq Neuropsiquiatr. 1994;52(1):1-7. doi: 10.1590/s0004-282x1994000100001
24. KROEF R.F.S.; LASTA L.L.; SANTOS J.L.G.; LORO M.M.; PORTELLA M.; LANZONI G.M.M. **Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção.** Estudos e Pesquisas em Psicologia 2020;20(2):621-40. doi: 10.12957/epp.2020.52697
25. BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 2011.
26. SANTOS F.M.; **Análise de Conteúdo: A visão de Laurence Bardin.** Rev Eletrôn Educ. 2014;8(2):538-53. doi: 10.14244/198271991129
27. TEIXEIRA E.J.; PACÍFICO J.M.; BARROS J.A. **O diário de campo como instrumento na pesquisa científica: contribuições e orientações.** Cuadernos de Educación y Desarrollo. 2023;15(2):1678-705.
28. BATISTA E.A.; CAMARGO B.V. **Análise de conteúdo: pressupostos teóricos e práticas metodológicas.** Revista Prisma. 2021;9(1):37-53.

## APÊNDICE A – FICHA DE DIÁRIO DE CAMPO

**Data:**

**Hora de Início:**

**Hora de Fim:**

**Local da Observação:** (Ex: Sala de convivência, refeitório, pátio, quarto do participante)

**Participante(s) Observado(s):** (Ex: P1, P2, Grupo)

**Atividade Principal:** (Ex: Aplicação do MEEM ao P1, observação livre no café da tarde, conversa informal com P3)

### 1. Descrição Objetiva dos Fatos e Eventos

- **Ambiente:** (Como estava o local?)
- **Comportamento do Participante:** (O que o idoso estava fazendo? )
- **Comunicação não verbal:** (Qual era a sua linguagem corporal?)
- **Interações:** (O participante interagiu com você? Com outros residentes? Com a equipe da instituição? Como foi essa interação?)
- **Fatos Relevantes:** (Houve alguma interrupção? Algum evento inesperado? Algo que chamou sua atenção na dinâmica do local?)

### 2. Impressões e Sentimentos do Pesquisador

- Como você se sentiu durante a observação/interação?
- Alguma fala ou situação te impactou de forma particular? Por quê?

### 3. Reflexões e Análise Preliminar

- Como o que foi observado hoje se conecta com os seus objetivos de pesquisa (qualidade de vida, depressão)?
- Você percebeu algum padrão de comportamento emergindo?
- A observação de hoje confirma ou contradiz algo que você já tinha notado ou que os questionários indicaram?

### 4. Dificuldades e Planejamento para a Próxima Visita

- **Dificuldades Encontradas:**
- **Próximos Passos:** (O que você precisa fazer ou observar na próxima visita?)

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O/a senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: **Análise da Relação Entre a Qualidade de Vida e a Depressão em Pacientes Geriátricos em Instituição de Longa Permanência (ILPI), 2024-2025**, sob a responsabilidade do pesquisador **João de Sousa Pinheiro Barbosa**. O nosso objetivo é identificar a relação da qualidade de vida com a saúde mental das pessoas idosas residentes na Instituição de Longa Permanência: **Lar dos Velinhos Maria Madalena**, Brasília - DF. O/a senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante o decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo, por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

A sua participação consistirá na aplicação do **Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental)**, realizado por um dos pesquisadores da equipe, com o objetivo de avaliar sua capacidade cognitiva para a participação no estudo. Em seguida, será solicitado o preenchimento de dois questionários impressos com perguntas sobre sua saúde, bem-estar e sentimentos (**EDG-15 e WHOQOL-BREF**). Todo o processo tem duração estimada de 20 a 30 minutos. Além dos questionários, os pesquisadores também poderão registrar de forma anônima e ética algumas **observações em um caderno de campo**, conhecido como “diário de campo”, onde serão anotadas expressões espontâneas, emoções visíveis ou comentários feitos livremente durante o encontro. Essas observações têm por objetivo complementar a análise da pesquisa, ajudando a compreender melhor como o/a senhor(a) se sente em relação à sua qualidade de vida e saúde emocional. **Nenhuma informação que permita sua identificação será anotada.**

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos e envolvem desconforto emocional ao responder perguntas sensíveis sobre saúde mental. Em situações de desconforto, o participante terá a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento, sendo respeitado o seu tempo e oferecendo autonomia para responder o formulário. Qualquer dano decorrente da pesquisa será tratado com responsabilidade, conforme previsto no **Código Civil (Lei 10.406/2002), artigos 927 e 954**, sobre a obrigação de indenizar. Se o/a senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de um Projeto de Iniciação Científica. O/a senhor(a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o/a senhor(a). Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como passagem para o local da pesquisa, alimentação ou exames), ela será absorvida pelo orçamento do projeto. Caso o/a senhor(a) sofra qualquer tipo de dano decorrente da pesquisa, será garantido o direito à indenização, conforme previsto no **Código Civil (Lei 10.406/2002)**, sobretudo nos artigos 927 a 954, dos Capítulos I e II, Título IX. Os resultados da pesquisa serão divulgados e poderão ser publicados. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser

utilizados posteriormente para fins científicos, sempre de forma anônima. Este projeto foi aprovado pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** do Centro Universitário de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas com o Pesquisador Responsável **JOÃO DE SOUSA PINHEIRO BARBOSA**, por meio do telefone: **(61) 99974-0605** ou do e-mail: **joao.barbosa@ceub.edu.br**. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento, que foi elaborado em duas vias: uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o/a senhor(a).

### **Declaração de Consentimento do Participante**

Eu li e/ou conversei com o pesquisador responsável sobre todos os detalhes deste estudo. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar explicação. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
(CEP/UNICEUB)**

Telefone: (61) 3966-1511

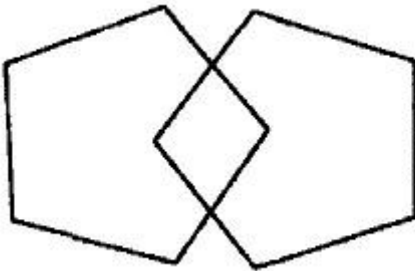
E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Horário de atendimento: segunda a quinta-feira, das 9h às 12h30 e de 14h30 às 18h30.

## **ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

1. Orientação espacial (0-5 pontos):  
Em que dia estamos?
  - Ano
  - Semestre
  - Mês
  - Dia
  - Dia da Semana
2. Orientação espacial (0-5 pontos):  
Onde Estamos?
  - Estado
  - Cidade
  - Bairro
  - Rua
  - Local
3. Repita as palavras (0-3 pontos):
  - Caneca
  - Tijolo
  - Tapete
4. Cálculo (0-5 pontos):  
O senhor faz cálculos?  
Sim (vá para a pergunta 4a)  
Não (vá para a pergunta 4b)
  - 4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?
    - 93
    - 86
    - 79
    - 72
    - 65
  - 4b. Solete a palavra MUNDO de trás pra frente
    - O
    - D
    - N
    - U
    - M
5. Memorização (0-3 pontos):  
Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.
  - Caneca
  - Tijolo
  - Tapete
6. Linguagem (0-2 pontos):  
Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los.
  - Relógio
  - Caneta

7. Linguagem (1 ponto):  
Solicite ao entrevistado que repita a frase:
  - NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.
8. Linguagem (0-3 pontos):  
Siga uma ordem de 3 estágios:
  - Pegue esse papel com a mão direita.
  - Dobre-o no meio.
  - Coloque-o no chão.
9. Linguagem (1 ponto):
  - Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.
10. Linguagem (1 ponto):
  - Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.
11. Linguagem (1 ponto):
  - Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



**Fonte:** Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Disponível em:  
<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=1>. Acesso em 3 de maio de 2025.

### ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG -15)

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

Fonte: Baseado em Yesavage et al. (1982)<sup>1</sup> e Almeida; Almeida (1999)<sup>2</sup>.

**ANEXO D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA  
(WHOQOL-BREF)**

**Instruções para o participante:** Por favor, leia cada questão, pense na sua vida nas últimas duas semanas e circule o número na escala que lhe parecer mais apropriado.

**1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Nem ruim, nem boa	(4) Boa	(5) Muito boa
----------------	----------	-----------------------	---------	---------------

**2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

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

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

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

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

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

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

**6. Em que medida você sente que a sua vida tem sentido?**

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

**7. O quão bem você é capaz de se concentrar?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?**

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

**15. Quão bem você é capaz de se locomover?**

(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Nem ruim, nem boa	(4) Boa	(5) Muito boa
----------------	----------	-----------------------	---------	---------------

**16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?**

(1) Muito	(2) Insatisfeito	(3) Nem	(4) Satisfeito	(5) Muito
-----------	------------------	---------	----------------	-----------

insatisfeito		satisfeito, nem insatisfeito		satisfeito
--------------	--	------------------------------	--	------------

**17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

**25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?**

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito	(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito
------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------	----------------------

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

(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Sempre
-----------	---------------	--------------	--------------------	------------

Fonte: Fleck et al. (2000).