



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

RENATA BORBA DE ALBUQUERQUE

**A RELAÇÃO ENTRE A AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO,
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSAS HIPERTENSAS**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

RENATA BORBA DE ALBUQUERQUE

**A RELAÇÃO ENTRE A AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO,
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSAS HIPERTENSAS**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Msc. Flávio Campos de Moraes

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Lígia F. dos Santos, CRB-4/2005

A345r Albuquerque, Renata Borba de.

A relação entre a autopercepção do envelhecimento, ansiedade e depressão em idosas hipertensas/ Renata Borba de Albuquerque. - Vitória de Santo Antão, 2021.

55 f.; il.

Orientador: Flávio Campos de Moraes.

TCC (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Enfermagem, 2021.

Inclui referências, anexos e apêndice.

1. Saúde do Idoso. 2. Hipertensão. 3. Envelhecimento. 4. Transtornos de Ansiedade. 5. Transtorno Depressivo I. Moraes, Flávio Campos de (Orientador). II. Título.

613.0438 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE - 208/2021

RENATA BORBA DE ALBUQUERQUE

**A RELAÇÃO ENTRE A AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO, ANSIEDADE
E DEPRESSÃO EM IDOSAS HIPERTENSAS**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 08/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Msc. Flávio Campos de Moraes (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Fernanda Jorge Guimarães (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Ana Beatriz Januário da Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à força motriz do universo, denominada pelo homem de Deus, que de alguma forma, dá forças para acordarmos todos os dias e lutar pelos nossos sonhos. Também agradeço à minha família, personificada na minha mãe, Helena, que é meu espelho e minha inspiração de mulher e de profissional. Agradeço ao meu namorado, Gabriel, que acompanhou de perto a trajetória final da escrita desse trabalho tão importante para mim, me auxiliando e dando suporte para continuar. Me sinto grata por ter tido forças para continuar na graduação após perder alguém tão importante para mim, que é e sempre será meu pai, Enoque, o qual me apoiou apesar de tantas diferenças e da forma dele, tentou me entender até suas limitações.

Agradeço aos meus amigos, Ana Risoflora, Luana, Quesya, Beatriz, Ana Beatriz, Luiz Carlos, Mateus, Bruno, Emanuel, Alisson, e tantos outros que passaram por mim e agregaram tanto à minha formação acadêmica e humana ao longo desses cinco exaustivos anos de graduação. Ao meu orientador, professor Flávio, que aceitou embarcar nesse projeto desafiador que eu pensei, e me deu total apoio e confiança para colocar em prática, um projeto que carinhosamente dedico à população do estudo, as mulheres do projeto de Extensão “Envelhecer com Qualidade”, as quais me ensinaram a ser uma enfermeira melhor.

Aos meus professores, que foram muitos, e cada um, da sua forma, me trouxe algum ensinamento: seja de como ser uma profissional ou de como não ser uma profissional. Carinhosamente cito aqui: Cristiane, Mariana Bolitreau, Keyla, Gabrielly, Marton, Solange, Angélica, Débora, Carolina, Alice, Flávio, Geyslane, e tantos outros que agregaram de forma positiva à minha prática. Ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva que pelo programa de interiorização das Universidades Federais, me deu a oportunidade de estudar o curso que sempre quis numa das melhores universidades do país, mesmo que isso significasse sair da minha cidade, sou grata por realizar meu sonho e hoje posso afirmar que eu não seria a mesma se cursasse Enfermagem em qualquer outro Campus.

À cidade de Vitória de Santo Antão, calorosa, viva, e tão acolhedora, que nos cinco anos de morada, me proporcionou experiências que só pude vivenciá-las neste lugar, sou grata por me mostrar o que é a vida fora do colo da minha mãe, e

tantas outras experiências negativas que vivi, as quais não foram poucas, me trouxeram a visão de realidade e pé no chão necessários à minha profissão.

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a autopercepção de envelhecimento, ansiedade, depressão em idosas portadoras de HAS. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com delineamento transversal, em formato de entrevista, realizado no interior de Pernambuco com mulheres maiores de 60 anos, na qual a participante respondeu quatro questionários validados e padronizados para a população brasileira, a fim de investigar alterações cognitivas consequentes da depressão, ansiedade e avaliar a autopercepção do envelhecimento. Os dados foram analisados no programa R Core Team 2021. Os resultados apontaram variação de idade da amostra foi de 60 a 88 anos. O QAP apresentou média de 106. O IDATE-traço teve média de 49 pontos e o IDATE-estado teve média de 50 pontos. O MEEM teve média de 24,66 pontos. A EDG-15 teve média de 3,93 pontos. O estado mental das participantes demonstrou que os idosos muito ativos/ativos apresentam maior escore nos domínios cognitivos em comparação aos com menor nível de atividade física, pois nenhuma resposta foi abaixo de 17 pontos. Conclusão: Os sintomas ansiosos e depressivos estavam presentes e acima da média nacional, justificando a necessidade deste tipo de avaliação e prestação de cuidados na região, reforçando a relevância dos profissionais de saúde em identificar aspectos emocionais que podem influenciar na qualidade de vida de pessoas que convivem com a hipertensão arterial.

Palavras-chave: envelhecimento; hipertensão; saúde do idoso; ansiedade; depressão.

ABSTRACT

The aim of this study was evaluating the self-perception of aging, anxiety, depression in elderly women with SAH. This is a quantitative descriptive cross-sectional study, in an interview format, carried out in the interior of Pernambuco with women over 60 years old, in which the participant answered four validated and standardized questionnaires for the Brazilian population, to investigate cognitive changes resulting from depression, anxiety and assessing self-perception of aging. Data were analyzed using the R Core Team 2021 program. The sample age ranged from 60 to 88 years. The MMSE averaged 24.66 points. The EDG-15 averaged 3.93 points. The QAP had an average of 106. The IDATE-trait had an average of 49 points and the IDATE-state had an average of 50 points. The mental state of the participants showed that the very active/active elderly have higher scores in the cognitive domains compared to those with a lower level of physical activity, as no response was below 17 points. Anxiety and depressive symptoms were present and above the national average, justifying the need for this type of assessment and provision of care in the region, reinforcing the relevance of health professionals in identifying emotional aspects that can influence the quality of life of people who live with high blood pressure.

Keywords: aging; hypertension; elderly health; anxiety; depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Relação idade-frequência das 29 participantes do estudo	24
Gráfico 2 - Média das subescalas do Questionário de Autopercepção do Envelhecimento	24
Gráfico 3 – Relação entre a frequência e a pontuação do IDATE-traço e estado	25
Gráfico 4 – Relação entre frequência e pontuação das respostas do MEEM.	25
Gráfico 5 – Relação entre frequência e pontuação do questionário de depressão geriátrica.	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
3 OBJETIVOS	17
4 ARTIGO	18
5 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA	36
ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	41
ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA EM VERSÃO REDUZIDA	44
ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO	45
ANEXO E – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO	51
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT) multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, altamente prevalente, com alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e mundial. O art. 3º da Lei 8080/90 define que a alimentação, moradia, saneamento, trabalho, renda, educação e lazer são fatores determinantes e condicionantes para a saúde, portanto ela sofre influência de fatores sociais, ambientais, físicos e psicológicos, sendo este último fator tema de pesquisas na investigação de fatores de risco para HAS (BRASIL, 1990).

Segundo a 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial, os fatores de risco são idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. O envelhecimento é a associação de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que diminui a capacidade de adaptação do ser humano ao meio que está inserido. A diminuição das funções orgânicas durante o envelhecimento possui a tendência de aumentar com o tempo, mas o ritmo é definido pelas condições de vida e trabalho que o indivíduo foi submetido durante a vida. De acordo com Machado e Campos (2015), suas incidências e prevalências estão associadas à transição demográfica e epidemiológica e, conseqüentemente, ao envelhecimento populacional. No Brasil, estima-se que nos próximos 20 anos a população com mais de 60 anos vai triplicar, alcançando aproximadamente 88,6 milhões de idosos (COLLUCCI, 2014).

Segundo Fadden e Ribeiro (1998), sintomas cardíacos podem configurar-se como reflexo ou expressão de fortes tendências agressivas reprimidas, logo, nas situações de pressão arterial constantemente elevada, deve-se pressupor que existe uma série continuada desses estímulos. As fortes tendências agressivas reprimidas são acompanhadas de ansiedade, e é importante ressaltar a imagem que os indivíduos transparecem é de pessoas bem ajustadas, complacentes e tranquilas, resultado da dificuldade da livre expressão de sua hostilidade, sendo concluído pelo estudo que a ansiedade fica ligada a fenômenos metabólicos e vegetativos.

A autopercepção é a maneira que o indivíduo percebe seu envelhecimento e estado de saúde pode ser um importante fator para a adaptação e bem estar nesta fase da vida, e os idosos que conseguem de alguma forma manter sua autoestima

elevada, são geralmente pessoas que tem mais dinamismo e são motivados a cuidar de si mesmo, proporcionando qualidade de vida (BIRAL, 2011).

A maioria das pesquisas sobre envelhecimento abordam a genética, apesar de 75% da longevidade esteja relacionada a fatores não genéticos (psicológicos e comportamentais), e o enfoque é dado em suas influências negativas, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo poucas que enfatizam fatores como percepções e crenças para benefício e promoção de uma maior sobrevivência. Análises que associaram satisfação com imagem corporal e condições clínicas, indicaram que doenças cardiovasculares tendem a estar associadas à insatisfação corporal (ROCHA, 2014).

Com o aumento do número de idosos no Brasil, é necessário avaliar a percepção do envelhecimento e suas morbidades neste grupo etário, como ansiedade, depressão e hipertensão, para avaliar o grau de propensão ao controle de doenças e o enfrentamento das mesmas pelos indivíduos, identificando também quais se encontram sob risco de piora, que são causas líderes de morte para o grupo e apesar de serem prevalentes, não são o alvo principal nos estudos em saúde do idoso.

Necessário também um plano de intervenções atualizado e adequado à realidade da mulher anciã da zona da mata pernambucana, mulher esta que já possui uma adesão às atividades de saúde promovidas pelo SUS, porém não em sua totalidade, muitas vezes apresentando sintomas ansiosos e/ou depressivos sem um enfoque específico pela equipe multiprofissional. A enfermagem é essencial nessa triagem para prosseguir uma assistência integral e objetiva, vistas as limitações devido ao envelhecimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial definida pela elevação sustentada dos níveis pressóricos sanguíneos ≥ 140 e/ou 90 mmHg que é associada frequentemente à distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, agravada por fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Além de causar lesões irreversíveis nos órgãos, a HAS também é associada com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) fatal e não fatal (LEWINGTON *et al.*, 2002; WEBER *et al.*, 2013). Em 2016 no Brasil, a HAS atingia mais de 60% dos idosos, agravando o número de mortes por doença cardiovascular (DCV) associando diretamente o envelhecimento e a prevalência de HAS, pelo aumento da expectativa de vida da população brasileira e aumento da população de idosos (IBGE, 2010), além do gênero feminino também apresentar maior risco para desenvolver a doença (SUELY *et al.*, 2013), os hábitos de vida (ingestão de álcool na vida adulta jovem, ingestão de sal não reconhecida pela população, sedentarismo) estão também atrelados ao aumento sustentado dos níveis pressóricos.

É recomendado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, independente dos níveis da pressão, mudanças no estilo de vida, porém como são comportamentos adquiridos ao longo da vida, é necessário disciplina e paciência para obtenção de resultados e deve ser elucidado ao idoso os benefícios de tais mudanças. A atividade física tem o principal papel em diminuir o risco cardiovascular, além de melhorar os níveis de lipídeos, a tolerância à glicose, a distribuição de gordura e a independência para realização de atividades pelo indivíduo idoso, através do aumento da densidade óssea, força e flexibilidade muscular, coordenação e equilíbrio, autoestima e sensação de bem-estar. A importância de o idoso ter uma rede de apoio que o incentive a sair do sedentarismo é extrema, pois a tentativa de protegê-lo através da restrição de atividade física pode acarretar em quadros depressivos e ansiosos, além da diminuição da massa e força muscular e risco de queda (GRAVINA *et al.*, 2007).

A ansiedade é caracterizada por um grande mal estar físico e psíquico, aflição, agonia e, assim como em adultos, também é altamente prevalente em idosos, especificamente em mulheres de baixa escolaridade e que apresentam outras comorbidades cardiovasculares (HAS), sendo então o grupo etário que será alvo do presente estudo, e para 2020 está previsto um contingente superior à 30 milhões de idosos no Brasil, sendo imprescindível estudos relacionados aos transtornos psiquiátricos dessa população, já que continuam sendo subdiagnosticados e subtratados, sendo a causa de sofrimento e encargo social (MACHADO *et al.*, 2016). Enquanto muitos desses casos envolvem ansiedade crônica começando mais cedo na vida, a ansiedade pode se desenvolver pela primeira vez na velhice, particularmente nas mulheres e como visto em populações mais jovens, a ansiedade é altamente relacionada com a depressão.

Há também evidências de que os transtornos de ansiedade e os sintomas estão associados com desfechos de saúde desfavoráveis e limitações de atividade. Os fatores de risco incluem sexo feminino, condições médicas crônicas, deficiência, incapacidade e história prévia de transtorno de ansiedade (SIEGEL; MATHEWS, 2015). Um estudo de Helena *et al.* (2010) encontrou associação entre Transtornos Mentais Não Psicóticos e sexo feminino, conforme grande parte da literatura, apesar de diferenças regionais. Essa associação pode ser atribuída à dinâmica das relações de poder entre os sexos que pode resultar em opressão para as mulheres, o que está relacionado, segundo vários autores, ao desequilíbrio entre dominação e subordinação econômica e social. Fonseca *et al.* (2009) escreveu sobre um tipo de personalidade que foi caracterizado em 1957 como tipo A, que possui alta competitividade, impulsividade e agressividade e relacionando com a ansiedade, possui maior vulnerabilidade ao estresse e à gênese da hipertensão arterial, além de associação entre expressão de raiva e níveis de pressão arterial sendo afetada por vários fatores.

O encéfalo é amplamente ocupado pelo comportamento emocional, integrando o sistema límbico, a área pré-frontal e o hipotálamo, áreas que regulam as atividades viscerais através do sistema nervoso autônomo (dividido em simpático e parassimpático). Pode-se fazer uma relação entre o sistema nervoso simpático, emoções e HAS, onde levando em consideração um estímulo contínuo do simpático através da ativação da serotonina (neurotransmissor das emoções), atualmente existem muitos estudos para descrever seus mecanismos bioquímicos, e relacionar

a agressividade e impulsividade de pacientes deprimidos. A ansiedade quando bloqueada, pode favorecer a crise hipertensiva em paciente com predisposição genética, sendo o estresse repetitivo um sinal de ativação do sistema e então está envolvida nos índices de morbimortalidade cardiovascular.

Já a depressão, dita como a doença do século XXI, possui sintomas como tristeza profunda, perda de interesse generalizado, falta de ânimo, de apetite, ausência de prazer e oscilações de humor que podem acabar em pensamentos suicidas, e em pacientes hipertensos, foi descrito que existe uma maior frequência de sintomas depressivos em pacientes hipertensos (SCALCO *et al.*, 2005). A relação entre depressão e pressão arterial (PA) é complexa.

A literatura descreve à prevalência aumentada de depressão em pessoas com HAS. Segundo Quintana (2011), acredita-se que mecanismos relacionados com a hiperatividade de sistema nervoso simpático e influências genéticas possam ser a base fisiopatológica da associação entre depressão e HAS. Outro fato evidente quanto à presença de depressão é que esta pode piorar o curso da doença hipertensiva, assim como o uso de medicações antidepressivas, o que pode induzir a alterações de PA e dificultar o tratamento de pessoas com HAS. A depressão no idoso, muitas vezes, é difícil de ser diagnosticada, uma vez que os profissionais de saúde podem associar os principais sintomas com o processo de envelhecimento e com o acúmulo de doenças, o que retarda o diagnóstico e agrava o caso (PRATA *et al.*, 2011).

Existem alguns prováveis mecanismos biológicos na interação depressão/ansiedade e doenças cardiovasculares, são eles: a alteração no funcionamento do sistema nervoso autônomo, aumentando o tônus simpático e diminuindo o vagal, diminuindo a variabilidade da frequência cardíaca; o eixo hipotálamo-hipófise também pode ser afetado, por meio de aumento na secreção do hormônio antidiurético, cortisol e catecolaminas, que aumentam o volume circulante e a vasoconstrição; e por último, o sistema imune teria um perfil pró-inflamatório, pois existe relação de aumento de interleucinas no sangue de pacientes depressivos (AGUIRRE, 2015).

A maneira como o idoso age (positivo/negativamente) é internalizada e torna-se parte do “eu”, e ele assume as atitudes que são impostas por outros, através dos estereótipos que são criados ao longo da vida e contribuem para a autopercepção sobre o envelhecimento. Os conceitos prévios fazem parte do cotidiano, e ao

envelhecer, personificam e podem produzir efeitos negativos, como incapacidade e inutilidade, por isso a importância do envelhecimento ativo para reduzir as limitações e retardem as incapacidades físicas e cognitivas (ROCHA, 2014). Dessa forma, a qualidade de vida na velhice tem sido definida como a percepção de bem-estar de uma pessoa, que desvia de sua avaliação do quanto realizou, daquilo que imagina como importante para uma boa vida e de seu grau de satisfação com o que foi possível realizar até o momento, além da sua capacidade de manter autonomia e liberdade (OLIVEIRA *et al.*, 2010). O imaginário social é povoado por um conceito tradicional de velhice que atribui ao idoso um conjunto de características e transformações negativas, que o vincula diretamente à estagnação, às perdas, ao isolamento, à inflexibilidade em relação aos valores e costumes, à diminuição da força e do vigor, à doença e à invalidez. A velhice passou a significar para muitas idosas a interrupção de atividades que exerciam satisfatoriamente e que gostariam de continuar executando-as, principalmente aquelas relativas ao trabalho (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Como as mulheres vivem mais do que os homens e experimentam mais anos com doenças e incapacidades, tendem a avaliar mais negativamente a sua saúde, mas não necessariamente morrerão em função disso, em um curto período. Assim, a auto percepção negativa da saúde feita pelas mulheres, pode estar mais associada com a qualidade de vida. Dentre as disfunções presentes no envelhecimento, está o estado conjugal, onde estar casado parece ser uma condição favorável a um melhor estado de saúde e menores taxas de mortalidade em relação às solteiras, viúvas e divorciadas. Em contrapartida, as não-casadas podem experimentar mais autonomia, independência e liberdade que poderiam ter sido reprimidas durante a vida conjugal, ou seja, contribuindo positivamente na auto percepção do estado de saúde (HARTMANN, 2008).

Para a equipe do serviço de saúde que assiste essa população, a autoavaliação negativa significa uma maior procura ao serviço, o que melhora o monitoramento e direciona ações para uma melhor assistência, trazendo mudanças positivas na expectativa de saúde por parte dos usuários. Essa questão ganha uma importância maior, se levarmos em conta que para os hipertensos e diabéticos, o acompanhamento constante por parte dos serviços de saúde é fundamental para o controle da doença e prevenção de piora no quadro de saúde (LOYOLA FILHO *et al.*, 2013).

É fundamental uma avaliação constante sobre o que o idoso percebe sobre sua saúde, pois pode demonstrar sintomas depressivos e/ou ansiosos, e apesar da depressão e ansiedade influenciar na HAS, não existe um cuidado maior de profissionais em diagnosticar e tratar de forma conjunta as patologias, o que dificulta a notificação dos casos e uma assistência de qualidade. O idoso bem assistido minimiza gastos com saúde pública permitindo a reintegração deste à vida social.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Avaliar ansiedade, depressão e autopercepção do envelhecimento em idosas hipertensas em Vitória de Santo Antão no ano de 2021.

Objetivos Específicos:

- Aplicar Mini Exame de Estado Mental (MEEM) e Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida;
- Aplicar Questionário de Autopercepção do Envelhecimento (QAPE) e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA **REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

THE EVALUATION OF SELF-PERCEPTION OF AGING, ANXIETY, AND DEPRESSION IN HYPERTENSIVE ELDERLY WOMEN

A AVALIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO, ANSIEDADE, E DEPRESSÃO EM IDOSAS HIPERTENSAS

RESUMO

Objetivo: Avaliar a autopercepção de envelhecimento, ansiedade, depressão em idosas portadoras de HAS. Método: Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com delineamento transversal, em formato de entrevista, realizado no interior de Pernambuco com mulheres maiores de 60 anos, na qual a participante respondeu quatro questionários validados e padronizados para a população brasileira, a fim de investigar alterações cognitivas consequentes da depressão, ansiedade e avaliar a autopercepção do envelhecimento. Os dados foram analisados no programa R Core Team 2021. Resultados: variação de idade da amostra foi de 60 a 88 anos. O MEEM teve média de 24,66 pontos. A EDG-15 teve média de 3,93 pontos. O QAP apresentou média de 106. O IDATE-traço teve média de 49 pontos e o IDATE-estado teve média de 50 pontos. Discussão: O estado mental das participantes demonstrou que os idosos muito ativos/ativos apresentam maior escore nos domínios cognitivos em comparação aos com menor nível de atividade física, pois nenhuma resposta foi abaixo de 17 pontos. Conclusão: Os sintomas ansiosos e depressivos estavam presentes e acima da média nacional, justificando a necessidade deste tipo de avaliação e prestação de cuidados na região, reforçando a relevância dos profissionais de saúde em identificar aspectos emocionais que podem influenciar na qualidade de vida de pessoas que convivem com a hipertensão arterial.

Descritores: Envelhecimento, hipertensão, saúde do idoso, ansiedade, depressão.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the self-perception of aging, anxiety, depression in elderly women with SAH. **Method:** This is a quantitative descriptive cross-sectional study, in an interview format, carried out in the interior of Pernambuco with women over 60 years old, in which the participant answered four validated and standardized questionnaires for the Brazilian population, in order to investigate cognitive changes resulting from depression, anxiety and assessing self-perception of aging. Data were analyzed using the R Core Team 2021 program. **Results:** The sample age ranged from 60 to 88 years. The MMSE averaged 24.66 points. The EDG-15 averaged 3.93 points. The QAP had an average of 106. The IDATE-trait had an average of 49 points and the IDATE-state had an average of 50 points. **Discussion:** The mental state of the participants showed that the very active/active elderly have higher scores in the cognitive domains compared to those with a lower level of physical activity, as no response was below 17 points. **Conclusion:** Anxiety and depressive symptoms were present and above the national average, justifying the need for this type of assessment and provision of care in the region, reinforcing the relevance of health professionals in identifying emotional aspects that can influence the quality of life of people who live with high blood pressure.

Descriptors: Aging, hypertension, elderly health, anxiety, depression.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é a associação de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que diminui a capacidade de adaptação do ser humano ao meio que está inserido¹. A diminuição das funções orgânicas durante o envelhecimento possui a tendência de aumentar com o tempo, mas o ritmo é definido pelos hábitos de vida². O sedentarismo, estresse excessivo, obesidade e dieta hiperlipídica, podem ser grandes responsáveis pelo aumento da prevalência e incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em todo o mundo, especialmente entre idosos³. De acordo com Machado e Campos⁴, suas incidências e prevalências estão associadas à transição demográfica e epidemiológica e, conseqüentemente, ao envelhecimento populacional. No Brasil, estima-se que nos próximos 13 anos a população com mais de 60 anos vai triplicar, alcançando aproximadamente 88,6 milhões de idosos⁵.

A autopercepção do envelhecimento é a maneira que o indivíduo se enxerga ao longo do tempo, e é um bom indicador de um envelhecimento bem-sucedido, além de importante fator para a adaptação e bem-estar nesta fase da vida, e através das atividades físicas, sociais e de lazer, os idosos conseguem de alguma forma atingir uma melhor qualidade de vida⁶. A maioria das pesquisas sobre envelhecimento abordam a genética, apesar de 75% da longevidade esteja relacionada a fatores não genéticos (psicológicos e comportamentais), e o enfoque é dado em suas influências negativas, sendo poucas que enfatizam fatores como percepções e crenças para benefício e promoção de uma maior sobrevivência⁷.

Atrelada à alta prevalência do envelhecimento e das DCNT no mundo, sintomas depressivos e/ou ansiosos podem acompanhar o processo do envelhecimento, e a associação destes fatores psicológicos estão sendo tema de pesquisas na investigação de fatores de risco para condições como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS é caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, e segundo a 7ª diretriz brasileira de

hipertensão arterial⁸, seus fatores de risco são idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética.

Estudos apontam que níveis elevados da pressão arterial por longos períodos podem ser reflexo de falta de expressão da hostilidade, relacionando a ansiedade a fenômenos metabólicos e vegetativos⁹. Já a depressão, pode afetar negativamente o andamento da hipertensão, pois as evidências trazem que a hiper-reatividade do Sistema Nervoso Simpático associada a influências genéticas são os mecanismos subjacentes na relação da hipertensão e da depressão¹⁰. Para um tratamento não farmacológico adicional, a atividade física possui comprovadamente valor terapêutico nas condições citadas previamente no texto⁶. Alguns autores trazem a relação da autopercepção negativa e da depressão em idosos¹¹, mas a literatura é escassa de material sobre as variáveis do presente estudo.

Com o aumento do número de idosos¹² no Brasil, é necessário avaliar a percepção do envelhecimento e suas morbidades neste grupo etário, como ansiedade, depressão e hipertensão, para avaliar o grau de propensão ao controle de doenças e o enfrentamento das mesmas pelos indivíduos, identificando também quais se encontram sob risco de piora, que são causas líderes de morte para o grupo e apesar de serem prevalentes, não são o alvo principal nos estudos em saúde do idoso, o que pode afetar na adesão ao tratamento da comorbidade associada. A enfermagem é essencial nessa triagem para prosseguir uma assistência integral e objetiva, vistas as limitações devido ao envelhecimento.

Necessário também que o aporte científico possua o perfil da mulher anciã da zona da mata pernambucana, que já possui uma adesão às atividades de saúde promovidas pelo SUS, porém não em sua totalidade, muitas vezes apresentando sintomas ansiosos e/ou depressivos sem um enfoque pela equipe multiprofissional, O objetivo do presente estudo é avaliar autopercepção do envelhecimento, ansiedade, e depressão de idosas do interior do estado de Pernambuco.

METODOLOGIA

Este trabalho caracterizou-se como um estudo quantitativo descritivo de corte transversal com amostragem não probabilística voluntária. A abordagem quantitativa utiliza instrumentos estatísticos para coleta e tratamento de dados¹³, e aplicada às pesquisas descritivas, descreve das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis¹⁴. Por ser um estudo transversal¹⁵, foi realizado entre os meses de setembro e novembro de 2021, numa cidade do interior de Pernambuco.

Participaram da pesquisa mulheres maiores de 60 anos inscritas no Projeto de Extensão "Envelhecer com Qualidade" da UFPE-CAV. Foram incluídas na pesquisa as idosas que residiam no município de Vitória de Santo Antão - PE que: a) possuísem capacidade cognitiva para responder aos questionários; b) participantes das sessões de dança do projeto; c) e que não estivessem participando de outra atividade física regular. A amostra foi estimada por conveniência, com n de 35, entretanto, 6 mulheres foram excluídas por não responder completamente os questionários, resultando em 29 a quantidade de respostas. Os entrevistadores foram treinados para realizar a coleta de dados em formato de entrevista, antes das sessões de dança do projeto. Cada entrevista durou em média 10 minutos.

Para o estudo foram utilizados os seguintes instrumentos validados e padronizados: o Questionário de Autopercepção do Envelhecimento (QAPE), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), a escala de avaliação cognitiva através do Mini-Exame do Estado Mental, e a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida. Nenhum dos instrumentos citados realizam diagnóstico de doenças, portanto puderam ser aplicados pela pesquisadora.

Foi utilizado o Questionário de Autopercepção do Envelhecimento (QAPE), que é um instrumento multidimensional cuja validação mostrou que a autopercepção do envelhecimento está relacionada independentemente com a saúde psicológica e a saúde física. Possui 32 itens que são respondidos de acordo com a escala de 1 a 5 entre discordo totalmente a concordo totalmente, divididos em quatro dimensões: cronologia (crônica ou cíclica), controle (positivo ou negativo),

consequências (positivas ou negativas) e representações emocionais⁷. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado¹⁶ é um questionário de autoavaliação dividido em duas partes. A primeira avalia a ansiedade-traço e a segunda avalia a ansiedade-estado, sendo cada uma destas partes compostas de 20 afirmações. Ao responder ao questionário, o indivíduo deve levar em consideração uma escala de quatro itens que variam de 1 a 4, sendo que "estado" significa como o sujeito se sente "no momento" e o "traço" como ele "geralmente se sente". O escore de cada parte varia de 20 a 80 pontos, sendo os seguintes os escores que indicam baixo (20-30), médio (31-49) ou alto (≥ 50) nível de ansiedade.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), instrumento utilizado mundialmente e já foi validado para a população brasileira¹⁷, investiga alterações cognitivas decorrentes da depressão, já que a condição neuropatológica subjacente que causa prejuízo cognitivo ou demência também causa sintomas depressivos¹⁸. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, como a orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. Na avaliação dos resultados, é considerado normal: acima de 27 pontos e demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24. Os escores médios para depressão são 25 pontos para depressão não complicada e prejuízo cognitivo por depressão de 19 pontos.

Foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (EDG-15) para detecção de sinais indicativos de depressão, de fácil aplicação e validado para o rastreamento de quadros depressivos com o escore de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos¹⁹. A análise dos dados foi constituída

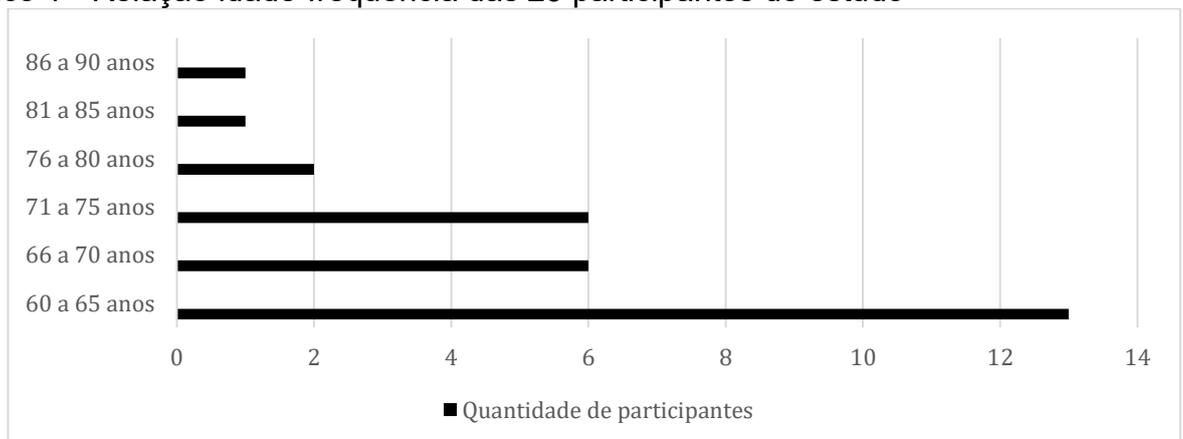
por uma análise descritiva expressa em média, desvio padrão, valores mínimos, máximos e porcentagem no programa estatístico R Core Team 2021.

A pesquisa teve aprovação do comitê de ética em pesquisa do Centro Acadêmico de Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 52228521.1.0000.9430), seguindo a resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata as diretrizes e normas regulamentadores de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Os resultados da análise descritiva (gráfico 1) mostra a relação entre a faixa etária e a frequência relativa. A média de idade das participantes foi de 68.45 anos \pm 2,63. Podemos destacar um maior número de idosas com 63 anos (5 idosas).

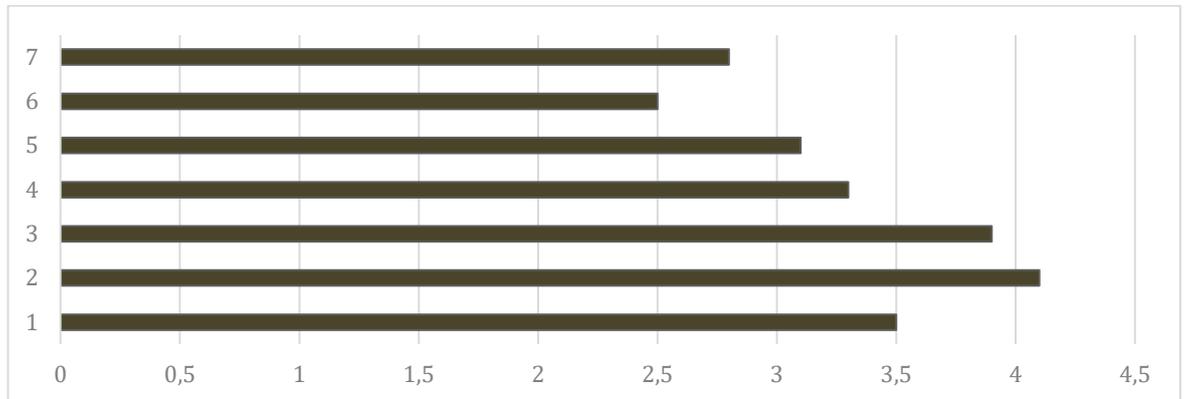
Gráfico 1 - Relação idade-frequência das 29 participantes do estudo



Fonte: Albuquerque, 2021.

O Questionário de Autopercepção do Envelhecimento variou a pontuação entre 81 e 142, com média de 106 pontos \pm 13,37, indicando um maior suporte de percepção específica, e nas quatro dimensões, algumas médias se destacam, sendo as que fogem da escala de 3, pois indica que a participante não concorda nem discorda: as consequências positivas (os benefícios do envelhecimento) de 4,1 e o controle positivo (controle sobre as experiências positivas do envelhecimento) de 3,9. As representações emocionais (respostas emocionais ao envelhecimento) ficaram na média de 2,5, e a duração cíclica (variações da percepção do envelhecimento) de 2,8.

Gráfico 2 - Média das subescalas do Questionário de Autopercepção do Envelhecimento

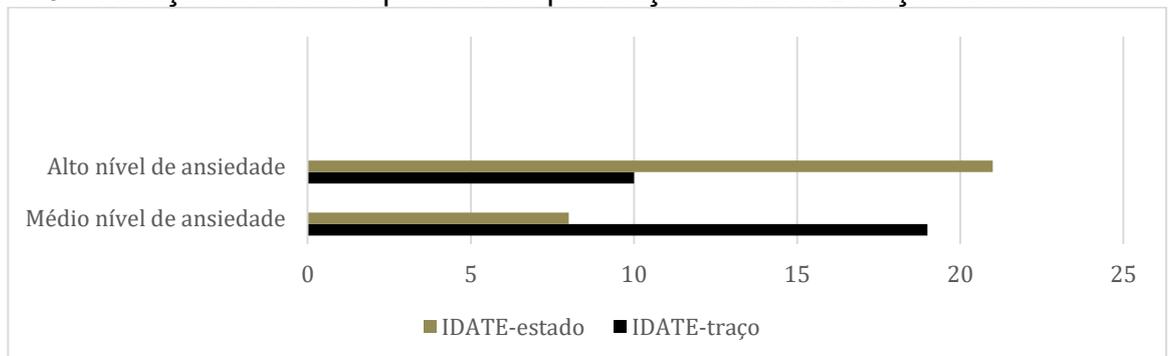


1 – Duração crônica; 2 – consequências positivas; 3 – controle positivo; 4 – consequências negativas; 5 – controle negativo; 6 – representações emocionais; 7 – duração cíclica.

Fonte: Albuquerque (2021).

O questionário de autoavaliação IDATE trouxe os resultados médios do traço de 49 pontos $\pm 10,46$, com variação de 37 a 75 pontos, e o estado pontuou 50 de média $\pm 32,52$ e com variação de 41 a 79 pontos.

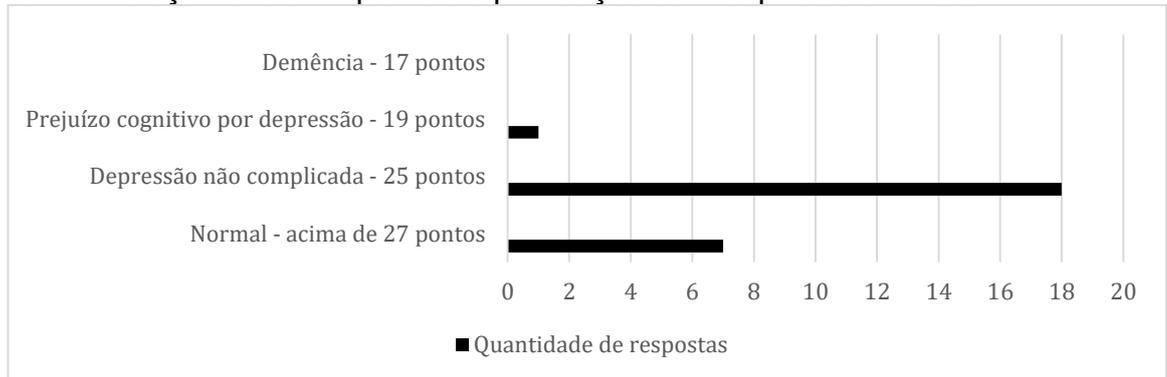
Gráfico 3 – Relação entre a frequência e a pontuação do IDATE-traço e estado



Fonte: Albuquerque (2021).

O gráfico 4 elucidava a mínima (18) e a máxima pontuação (30) das respostas ao questionário que o estado mental (MEEM). A média da pontuação foi de $24,66 \pm 1,71$.

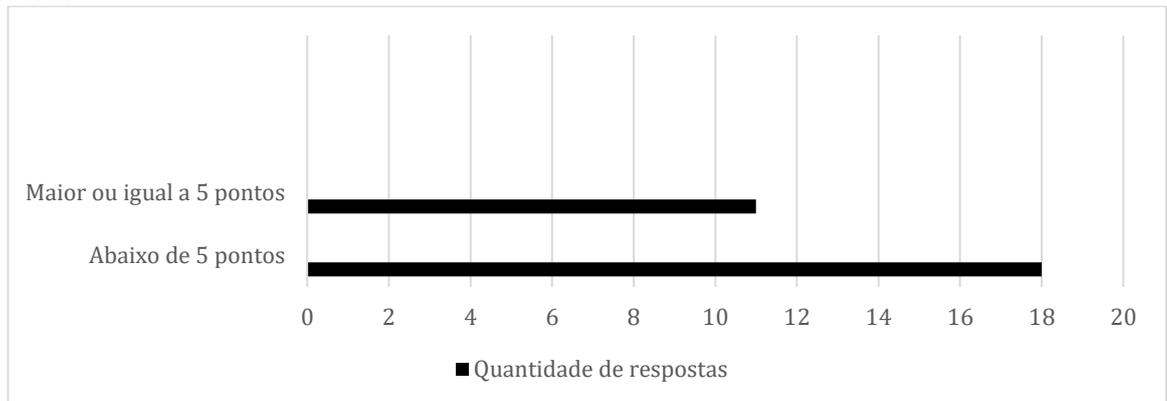
Gráfico 4 – Relação entre frequência e pontuação das respostas do MEEM.



Fonte: Albuquerque (2021).

Os resultados no gráfico 5 mostram a relação entre a frequência (número de idosas) e os valores absolutos da pontuação que foram obtidas pela EDG-15, apresentando variação de 1 a 10 pontos, valor médio de $3,93 \pm 2,67$. Podemos perceber os extremos mínimos (1 ponto) alcançados por 6 idosas e máximo (10 pontos) alcançados por apenas 1 idosa. Nenhuma delas atingiu os valores absolutos de 7 e 9 pontos.

Gráfico 5 – Relação entre frequência e pontuação do questionário de depressão geriátrica.



Fonte: Albuquerque (2021).

DISCUSSÃO

Os resultados médios do Questionário de Autopercepção do Envelhecimento indicam que a população estudada, participante de um grupo de atividade física, os quais sugerem que o envelhecimento, para esta população, apresenta aspectos mais positivos do que negativos, agregando sabedoria e crescimento, também

conseguindo ter um certo controle sobre suas atividades e relacionamentos à medida que o tempo passa. Destacamos as subescalas de representações emocionais, a qual aponta que a resposta emocional induzida pelo envelhecimento, mais especificamente através de sentimentos negativos de raiva, medo, depressão, ansiedade, preocupação e tristeza, os quais têm sido associados a alterações negativas na saúde física e funcional e uma baixa resiliência, parecem ser enfrentados de uma forma positiva. A forma como a velhice é percebida no tempo foi descrita como não variável, o que indica que o grupo em sua totalidade tem uma consciência constante do fato de estar envelhecendo, enquanto discordam de que a consciência de estarem envelhecendo muda muito de um dia para o outro, e por volta de um terço da amostra não apresenta fases em que se sentem velhos⁶.

A média da ansiedade-traço pontuou no limite entre médio e alto, e a ansiedade-estado está dentro do ponto de corte para ser considerada alta, quando comparados com os dados nacionais de 2019²⁰, que mostra a condição como um dos principal motivo de saúde que impediu a pessoa de realizar suas atividades habituais. Os sintomas ansiosos resultantes do estudo, reforçam a necessidade de avaliações periódicas em pessoas com comorbidades na Atenção Primária à Saúde, pois é sabido que o diagnóstico precoce aumenta a eficácia do tratamento e reduz custos, além de contribuir na adesão ao tratamento da doença base²¹.

Em relação ao estado mental os resultados do estudo estão de acordo com a pesquisa de Oliveira²² indicando que os idosos muito ativos/ativos apresentam maior escore nos domínios cognitivos em comparação aos com menor nível de atividade física, pois nenhuma resposta foi abaixo de 17 pontos. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que o exercício físico de dança parece estar associado à significativa redução nos índices de depressão em idosos, pois apenas um terço da amostra pontuou acima de 5 pontos, e está em consonância com a literatura que evidenciam os benefícios da atividade física em populações idosas com hipertensão com quadros depressivos, notando-se uma relação positiva desse tipo de tratamento e a depressão²³.

Estudos semelhantes mostraram também essa associação, como a dos pesquisadores Hernandez e Voser²⁴ onde a média de indicadores de sintomas cognitivos da depressão no grupo de idosos ativos foi significativamente menor do

que no grupo de idosos sedentários. A pesquisadora Lilian e colaboradores⁶ afirmam que a atividade física regular, produz aumento da taxa de um conjunto de hormônios denominados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso reduzindo o impacto estressor do ambiente e com isso pode prevenir ou reduzir transtornos depressivos.

É importante destacar que o presente estudo apresenta algumas limitações, dentre elas o emprego do delineamento transversal, que não permite inferir relações de causa e efeito entre as variáveis independentes e o desfecho, e o viés de sobrevivência, pois somente podem ser entrevistados em um estudo transversal os idosos sobreviventes, algo inerente a todo estudo transversal. A generalização do estudo é limitada pelo pequeno número de idosos na amostra. Não pretendemos tirar conclusões exaustivas, devendo este trabalho estimular futuras pesquisas transversais mais extensas e longitudinais de âmbito nacional.

CONCLUSÃO

O presente estudo cumpriu o objetivo de avaliar a autopercepção do envelhecimento, ansiedade e depressão em mulheres idosas portadoras de HAS cadastradas em um projeto de extensão de uma universidade pública interiorizada no nordeste brasileiro. Foi percebido que os sintomas ansiosos estavam presentes, e que os depressivos, ainda que tenha sido de um terço, está acima da média nacional, justificando a necessidade deste tipo de avaliação e prestação de cuidados na região, reforçando a relevância dos profissionais de saúde em identificar aspectos emocionais que podem influenciar na qualidade de vida de pessoas que convivem com a hipertensão arterial.

Os resultados apresentados mostram que idosos que participam de sessões regulares de dança, possuem um melhor enfrentamento às questões do processo de envelhecimento. O estudo revela que manter a população idosa ativa com atividades físicas regulares prazerosas, favorece a diminuição dos efeitos da depressão e melhora a autopercepção.

REFERÊNCIAS

1. Lucena A, Argenta C, Luzia M, Almeida M, Barreto L, Swanson E. Modelo multidimensional de envelhecimento bem-sucedido e terminologias de enfermagem: semelhanças para uso na prática clínica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020; 41 (esp.).
2. Ferreira, OGL. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem*, 2010. v. 44, n. 4, p. 1065–1069.
3. Rodrigues C, Borges F, Dos Santos F, De Carvalho F, Dieb L, Dos Santos Júnior P *et al*. ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO E DIABETES. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 2021; 26 (1).
4. Machado LE, Campos R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. *Rev Interdiscip*. 2014;3(2):53–61.
5. População idosa vai triplicar nos próximos 20 anos - 29/03/2014 - Seminários Folha - Folha de S.Paulo [Internet]. M.folha.uol.com.br. 2021 [citado em 8 de maio de 2019]. Disponível em:
<https://m.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432528-populacao-idosa-vai-triplicar-nos-proximos-20-anos.shtml>
6. Ferreira L, Roncada C, Tiggemann CL, Pieta Dias C, Avaliação dos níveis de depressão em idosos praticantes de diferentes exercícios físicos. *ConScientiae Saúde* [Internet]. 2014;13(3):405-410. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92932100011>
7. Rocha L. Autopercepção do envelhecimento, autoimagem corporal, autopercepção de saúde e morbidades prevalentes em idosos [Internet]. [Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]; [cited 2021 Nov 8]. Available from:
<https://hdl.handle.net/10923/6728>
8. Malachias, MVB *et al*. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 2 - Diagnosis and Classification. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2016, v.

107, n. 3 Suppl 3 [Acessado 21 Novembro 2021] , pp. 07-13. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20160152>>. ISSN 1678-4170.

9. Mac Fadden MAJ, Ribeiro AV. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. *Rev Assoc Med Bras.* 1998;44(1):4–10.

10. Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Lotufo Neto F. Hypertension and depression. *Clinics (Sao Paulo).* 2005;60(3):241–50.

11. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1)

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

13. Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista interdisciplinar científica aplicada*, 2(3), 1-13.

14. Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6th ed. São Paulo: Atlas; 2008.

15. Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista paraense de medicina*, 23(3), 1-8.

16. Fioravanti ACM, Santos L de F, Maissonette S, Cruz AP de M, Landeira-Fernandez J. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Avaliação Psicológica.* 2006;5(2):217–24.

17. Folstein M, Folstein S, McHugh P. “Mini-mental state”. *Journal of Psychiatric Research.* 1975;12(3):189-198.

18. Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco A, Imbimbo B *et al.* Late-Life Depression, Mild Cognitive Impairment, and Dementia: Possible Continuum?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2010;18(2):98-116.

19. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M, Carvalho ACC. Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(5):570–9.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
21. Souza GNP de, Alves RJR, Souza LPS e, Rosa AJ. Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2018;20(20):43–50.
22. Oliveira D, Oliveira V, Caruzo G, Ferreira Á, Nascimento Júnior J, Cunha P *et al.* O nível de atividade física como um fator interveniente no estado cognitivo de idosos da atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019;24(11):4163-4170.
23. Cassiano A, Silva T, Nascimento C, Wanderley E, Prado E, Santos T *et al.* Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2020;25(6):2203-2212.
24. Hernandez J, Voser R. Exercício físico regular e depressão em idosos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia.* 2019;19(3):718-734.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo cumpriu o objetivo de avaliar a autopercepção do envelhecimento, ansiedade e depressão em mulheres idosas portadoras de HAS cadastradas em um projeto de extensão de uma universidade pública interiorizada no nordeste brasileiro. Foi percebido que os sintomas ansiosos estavam presentes, e que os depressivos, ainda que tenha sido de um terço, está acima da média nacional, justificando a necessidade deste tipo de avaliação e prestação de cuidados na região, reforçando a relevância dos profissionais de saúde em identificar aspectos emocionais que podem influenciar na qualidade de vida de pessoas que convivem com a hipertensão arterial.

Os resultados apresentados mostram que idosos que participam de sessões regulares de dança, possuem um melhor enfrentamento às questões do processo de envelhecimento. O estudo revela que manter a população idosa ativa com atividades físicas regulares prazerosas (como a dança), favorece a diminuição dos efeitos da depressão e melhora a autopercepção.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, A. C. C. Depressão, ansiedade e hipertensão: qual a correlação? Como melhorar o tratamento? **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.18-20, fev. 2015.
- BIRAL, M. C. G. B. **Construindo saúde na terceira idade**. 2011. Tese (Doutorado). Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2011.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 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. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.
- COLLUCCI, C. População idosa vai triplicar nos próximos 20 anos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, p. 1, mar. 2014.
- FADDEN, M.A.J.; RIBEIRO, A.V. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.4-10, mar. 1998.. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42301998000100002>.
- LOYOLA FILHO, A. I. L. *et al.* Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 559-571, 2013.
- FONSECA, F. C. A. *et al.* A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200011>.
- FREITAS, M. C., QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010.
- GRAVINA, C.F, GRESPAN, S. M., BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.33-36, abr. 2007.
- HARTMANN, A. C. V. C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008. 75 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- HELENA, E. T. S., LASAGNO, B. G. S., VIEIRA, R. Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. **Revista brasileira de Medicina Familiar e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 42-47, jan./dez. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>. Acesso em: 19 maio 2019.

LEWINGTON, S. Prospective studies collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, London, v. 360, p. 1903-1913, 2002.

MACHADO, L. E., CAMPOS, R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, Mafra, v. 3, n. 2, p. 53-61. Jun./Dez. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/627/497>. Acesso em: 19 maio 2019.

MACHADO, M. B. *et al.* Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p.28-35, mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000100>.

MALACHIAS, MVB. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Apresentação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. XV-XIX, Sept. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 jun. 2019.

OLIVEIRA, A. C. *et al.* Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 301-312, maio/ago. 2010.

PRATA, H. L. *et al.* Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 437-443, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/fm/a/WYpWtvYmsQHzmDd6nBjQnfB/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 10 dez. 2021.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev SBPH**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 1-15, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 02 nov. 2020.

ROCHA, L. M. B. C. R. M. **Autopercepção do envelhecimento, autoimagem corporal, autopercepção de saúde e morbidades prevalentes em idosos**. 2014. 151 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, PUC-RS, Porto Alegre-rs, 2014.

SCALCO, A. Z. *et al.* Hypertension and depression. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 3, p.241-250, jun. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s1807-59322005000300010>.

SIEGEL, A. M.; MATHEWS, S. B.. Diagnosis and Treatment of Anxiety in the Aging Woman. **Current Psychiatry Reports**, Filadélfia, v. 17, n. 12, p.92-100, 13 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-015-0636-3>.

SUELY, S. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 Self-reported hypertension prevalence in the Brazilian population: analysis of the National Health Survey, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297–304.

WEBER, M. A. *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. **The Journal Of Clinical Hypertension**, [s. l.], v. 16, n. 1, p.14-26, 17 dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/jch.12237>.

ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Preparação de manuscritos

Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Título e Título Curto

O artigo deve conter Título completo e título curto em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português.

O artigo submetido deverá ter quatro títulos:

Um Título (em Língua Inglesa), outro em Língua Portuguesa e mais um Título Curto em Inglês e em Português no cabeçalho do manuscrito.

No ScholarOne (Step 1 - Author-Supplied Data >Title), o título longo principal preenchido deverá ser obrigatoriamente grafado em inglês.

Um bom título permite identificar o tema do artigo.

Resumo

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras

Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivo, método, resultado e conclusão com as informações mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento.

Deve ser digitado em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Introdução

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultados

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

11

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos

Podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Financiamento da pesquisa

Os casos de estudos com financiamentos deverão ser indicados na nota de rodapé, na 1ª página do artigo, informando o número do processo e o tipo de subsídio.

Referências

Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão.

Solicitamos que ao menos 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Trata-se de uma norma taxativa da RBGG, passível de exclusão do artigo de nossos sistemas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

12

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ter fonte: 10, centralizados, espaçamento entre linhas: simples, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, indicando em seu título o fenômeno estudado, as variáveis teóricas usadas, a informação do local do evento/coleta, ano do evento. No corpo do texto, não devem haver repetição de valores que já constam nos gráficos/tabelas.

Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pedimos aos autores que utilizem o Chelist abaixo, de acordo com o tipo de estudo feito:

- > CONSORT – para ensaios clínicos controlados e randomizados (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)
- > CONSORT CLUSTER – extensão para ensaios clínicos com conglomerados (<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=554>)
- > TREND – avaliação não aleatorizada; o artigo deve tratar sobre saúde pública (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)
- > STARD – para estudos de precisão diagnóstica (http://www.stard-statement.org/checklist_maintext.htm)
- > REMARK – para estudos de precisão prognóstica (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)
- > STROBE – para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal) (<http://www.strobe-statement.org/>)

13

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

- > MOOSE – para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)
- > PRISMA – para revisões sistemáticas e metanálises (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)
- > CASP – para revisões integrativas (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>)
- > COREQ – para estudos qualitativos (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínicos: a RBGG apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos

Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Links: <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/> e <http://www.icmje.org/>

Conflito de interesses

Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores também deverão ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”, documento exigido pela RBGG para a submissão do artigo.

Envie-nos um email, caso queira esclarecer alguma dúvida!

ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?

(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (6) não sabe

Total de pontos:

2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:

(1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

Total de pontos:

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:

Anote um ponto para cada resposta certa:

3) Por favor, diga-me:

Dia da semana () Dia do mês () Mês () Ano () Hora aprox. ()

Total de pontos:

ORIENTAÇÃO ESPACIAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:

Onde estamos: consultório, hospital, residência ()

Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ()

Em que bairro estamos: ()

Em que cidade estamos ()

Em que estado estamos ()

Total de pontos:

REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los,

em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore,

Mesa,

Cachorro.

A () M () C ()

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez ____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos:

ATENÇÃO E CÁLCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7;

____; ____; ____; ____; ____.

(93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos:

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A () M () C ()

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos:

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta:

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C () R ()

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos:

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”

Total de pontos:

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes:

“FECHE OS OLHOS”. Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos:

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P () D () C ()

Total de pontos:

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). **Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: “Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro.** (máximo de trinta segundos).

Total de pontos:

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para

copiar). **A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.** Anote um ponto se o desenho estiver correto.

Total de pontos:

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total.

A pontuação máxima é de trinta pontos.

TOTAL

ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA EM VERSÃO REDUZIDA

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

Resultado: _____

ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO

As questões abaixo avaliam suas opiniões e experiências sobre o processo de envelhecimento. Como todos estão envelhecendo, estas questões podem ser respondidas por qualquer pessoa de qualquer idade. Não existem respostas certas ou erradas, apenas suas experiências e opiniões. Mesmo que a questão seja sobre um assunto que você não pense com frequência em relação a si mesmo, favor tentar dar uma ideia do que pensa, respondendo a todas as perguntas.

A) OPINIÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO					
<p>Estamos interessados nas suas opiniões e experiências pessoais sobre o processo de envelhecimento. Indique suas opiniões sobre as afirmações seguintes (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). Circule a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmação.</p>					
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Estou sempre consciente da minha idade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre me classifico como velho(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Estou sempre consciente do fato	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

de que estou envelhecendo					
5. Sinto minha idade em tudo que faço	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Fico deprimido(a) quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que consigo fazer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. A qualidade de meus relacionamentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

com os outros na velhice depende de mim					
12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Fico deprimido(a) quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Envelhecer me torna menos independente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Envelhecer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

torna tudo muito mais difícil para mim					
19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Não tenho controle sobre os efeitos que o	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros					
25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica: às vezes piora e às vezes melhora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Fico brabo(a) quando penso em envelhecer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Passo por	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

fases que me sinto velho(a)					
31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para o outro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Passo por fases em que me vejo como velho(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ANEXO E – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

1ª Parte – Dados de identificação

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Questionário de autoavaliação para traço de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo em um único item.

Quase nunca – 1 Às vezes – 2 Frequentemente – 3 Quase sempre – 4

1. Sinto-me bem..... 1 2 3
4
2. Canso-me com facilidade..... 1 2 3
4
3. Tenho vontade de chorar 1 2 3
- 4 4. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser 1 2
3 4 5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente 1
2 3 4 6. Sinto-me descansada
1 2 3 4 7. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma
..... 1 2 3 4 8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando
de tal forma que não consigo resolvê-las
..... 1 2 3 4 9.
Preocupo-me demais com coisas sem importância 1 2 3 4
10. Sou feliz 1 2 3
4 11. Deixo-me afetar muito pelas coisas..... 1 2
3 4
12. Não tenho confiança em mim mesma 1 2 3
4 13. Sinto-me segura 1 2
3 4 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas..... 1
2 3 4
15. Sinto-me deprimida 1 2 3
4 16. Estou satisfeita 1 2

- 3 4 17. Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me pressionando..... 1
 2 3 4 18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça .
 1 2 3 4 19. Sou uma pessoa estável
1 2 3 4 20. Fico tensa e perturbada
 quando penso em meus problemas do momento ..1 2 3 4

2ª Parte – Questionário de autoavaliação para estado de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você se sente.

Não gaste muito tempo em um único item.

Absolutamente não – 1 Um pouco – 2 Bastante – 3 Muitíssimo - 4

1. Sinto-me calma..... 1 2 3
 4
2. Sinto-me seguro..... 1 2 3
 4
3. Estou tensa1 2 3
 4
4. Estou arrependida 1 2 3
 4
5. Sinto-me à vontade 1 2 3
 4
6. Sinto-me perturbada 1 2 3
 4
7. Estou preocupada com possíveis infortúnios1 2 3
 4
8. Sinto-me descansada 1 2 3
 4
9. Sinto-me ansiosa 1 2 3
 4

10. Sinto-me “em casa” 1 2 3
4
11. Sinto-me confiante 1 2 3
4
12. Sinto-me nervosa 1 2 3
4
13. Estou agitada 1 2 3
4
14. Sinto-me “uma pilha de nervos” 1 2 3
4
15. Estou descontraída 1 2 3
4
16. Sinto-me satisfeita 1 2 3
4
17. Estou preocupada 1 2 3
4
18. Sinto-me superexcitada e confusa 1 2 3
4
19. Sinto-me alegre 1 2 3
4
20. Sinto-me bem 1 2 3
4

3ª Parte

Descreva como você se sente neste exato momento.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, para participar, como voluntário (a), da pesquisa “A relação entre a autopercepção do envelhecimento, ansiedade e depressão em idosas hipertensas”. Esta pesquisa é de responsabilidade do professor Flávio Campos de Moraes, do Centro Acadêmico de Vitória localizado na rua Alto do Reservatório, S/ N, Bela Vista, Vitória de Santo Antão/ PE, telefone: 3114-4109. Também participam desta pesquisa a pesquisadora: Renata Borba de Albuquerque (renata.borbaalbuquerque@ufpe.br)

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde em participar, assine ao final deste documento, lhe será enviado uma cópia do mesmo e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização nem para você, bem como será possível você retirar o consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A pesquisa tem como objetivo avaliar ansiedade, depressão e autopercepção do envelhecimento de idosas hipertensas da cidade de Vitória de Santo Antão-PE no ano de 2021. O tempo para o preenchimento dos questionários é de 30 minutos e será aplicado através de formulário.

O estudo oferece possível risco de constrangimento ou desconforto ao responder as perguntas do questionário e ao participar das oficinas. Para reduzi-lo, a pesquisa poderá ser suspensa a qualquer momento que você desejar sem prejuízos para você e o seu anonimato será preservado. Como benefícios espera-se que o estudo ofereça maior conhecimento sobre seu processo de envelhecimento e estado mental, reflexões sobre si mesmo e contribuições para os estudos científicos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade

do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período de, no mínimo, 5 anos.

Você não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento pela sua participação na pesquisa, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE-CAV no endereço: Rua Dr. João Moura, 92 - Bela Vista. Vitória de Santo Antão - PE (CAV- ANEXO) - CEP:55 612-440, Tel.: (81) 3114 -4152- e-mail: cep.cav@ufpe.br.

Assinatura _____ do pesquisador (a):

CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, autorizo minha participação no estudo “A relação entre a autopercepção do envelhecimento, ansiedade e depressão em idosas hipertensas”, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____ Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: