

ENVELHECIMENTO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES: DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ATENDIDOS EM DOMICÍLIO

Rafael Trevizoli Neves¹, Cláudia Fernandes Laham², Valmari Cristina Aranha³,
Alessandra Santiago⁴, Solimar Ferrari⁵, Mara Cristina Souza de Lucia⁶

RESUMO

A depressão está relacionada ao aumento de risco de doenças cardiovasculares (DC) em idosos, beneficiados com formas de tratamento que promovam qualidade de vida (QV), como a Assistência Domiciliar (AD). O objetivo do estudo foi identificar a presença e descrever as características da depressão em idosos com DC atendidos em domicílio, avaliar sua QV e a relação entre elas. Para 30 idosos com DC, pacientes de um hospital público, que recebiam AD, foram aplicados: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30), inventário SF-36 e realizadas entrevistas semiestruturadas. Com maioria feminina (73,4%) e idade média de 83,3 anos, 60% dos participantes obtiveram pontuação indicativa de depressão pela GDS, tendo 10% destes, depressão grave. No SF36, o domínio Aspectos Sociais teve maior pontuação média (75,8); as menores pontuações foram para Capacidade Funcional (14,6) e Aspectos Físicos (46,5). O aumento de sintomatologia depressiva apresentou relação com pior pontuação média em todos os domínios de QV, principalmente Aspectos Emocionais, Físicos e Saúde Mental.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, Assistência domiciliar, Depressão, Qualidade de vida.

AGING AND CARDIOVASCULAR DISEASE: DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY AT HOME

ABSTRACT

Among the elderly, depression has been associated with an increased risk of cardiovascular diseases (CD). This situation may benefit from forms of treatment that improve one's quality of

¹ Psicólogo Especialista em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IHC-FMUSP).

² Psicóloga da Divisão de Psicologia do IHC-FMUSP, atuando no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI).

³ Psicóloga da Divisão de Psicologia do IHC-FMUSP, atuando no Serviço de Geriatria.

⁴ Psicóloga da Divisão de Psicologia do IHC-FMUSP, atuando na Clínica de Cirurgia Vascular.

⁵ Assistente Técnico de Saúde da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

⁶ Diretora Técnica de Serviço de Saúde da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador do Curso de Especialização em Transtornos Alimentares e Obesidade do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC).

life (QOL), such as home care (HC). The aim of the study was to identify and describe the presence and characteristics of depression in elderly patients with CD having HC treatment, to evaluate their QOL and the relationship between these two. In a public hospital, the following were applied to 30 elderly patients who were receiving HC: Geriatric Depression Scale (GDS-30), SF-36 inventory and conducted semi-structured interviews. There being a female majority (73.4 percent) and a mean age of 83.3 years, 60 percent of participants had a score indicative of depression on the GDS, with 10 percent of these experiencing severe depression. On the SF36, the Social Aspects domain had higher average score (75.8), and the lowest scores were for Functional Capacity (14.6) and Physical Aspects (46.5). The increase of depressive symptoms had a relationship with the lowest average score in all domains of QOL, especially in Emotional Aspects, as well as Physical and Mental health.

Keywords: Cardiovascular diseases, Home care, Depression, Quality of life.

O envelhecimento é a etapa da vida em que se observa o “balanço” do vivido e o confronto com as limitações físicas decorrentes, sendo difícil a conceituação de “envelhecimento bem sucedido” (Laham, 2010; Meirelles *et al.*, 2010). É um processo dinâmico, progressivo, com alterações morfofuncionais e psicológicas (Santos, Tavares & Barabosa, 2010). Apesar de ser uma etapa natural do desenvolvimento humano, a vivência desse ciclo de vida não é homogênea, dependendo de fatores socioeconômicos que afetam o sentimento de perda do papel e da função social e a vulnerabilidade a morbidades (Santos *et al.*, 2010; Almeida & Maia, 2010).

Entre 2020 e 2025, estima-se que o Brasil seja o 6º país no mundo em número de idosos, com 30 milhões de indivíduos acima dos 60 anos, aproximadamente 12,4% da população, além de uma projeção de aumento de 700% dos indivíduos acima de 50 anos (Veras, 2009; Ramos, 2009; Campolina, Dini & Ciconelli, 2011), sendo projetado mundialmente um aumento de 238,4% no número de idosos entre 2000 e 2050 (Murphy & O’Leary, 2010).

O envelhecimento populacional coloca no foco das políticas públicas de saúde a questão da doença crônica e seu impacto psicológico, social e ambiental, principalmente por conta do prolongamento de tempo de anos de vida com doença e a necessidade de atenção específica (Veras, 2009; Meirelles *et al.*, 2010). O aumento do número de idosos que desejam ficar em casa o tanto quanto o possível contribui para o aumento da demanda de cuidados em longo prazo na comunidade (Paraponaris, Davin & Verger, 2012). A capacidade de cuidado e proteção dos outros que compartilham com o sujeito sua história, seu cotidiano, depende diretamente da qualidade de vida

que eles têm no contexto social em que estão inseridos (Oliveira, 2010), da história de vida, dos vínculos estabelecidos com o enfermo e da organização familiar interna (Laham, 2010).

Dessa forma, para além do conceito de saúde, a qualidade de vida assume posição central nos cuidados (Veras, 2009; Martins *et al.*, 2009). Tais propostas devem promover, como apontado por Veras (2009), a capacidade funcional, autonomia e participação no cuidado e autossatisfação, com a possibilidade de atuação em contextos sociais e elaboração de novos significados para o envelhecer.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que envolve a percepção que o indivíduo faz de sua posição no contexto cultural, sistema de valores, objetivos e expectativas, além de envolver a manutenção da saúde física, social, psíquica e espiritual (Martins *et al.*, 2009), sendo, portanto, difícil de ser definida (Paskulin, Córdova, Costa & Vianna, 2010). Alinhada à concepção multidimensional de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1947), esse constructo tem servido como parâmetro de avaliação de políticas, intervenções e cuidado principalmente em populações de alta complexidade, como idosos, doentes crônicos e pacientes em cuidados paliativos (Paskulin *et al.*, 2010).

Entre os idosos, observa-se uma concepção de qualidade de vida para além da questão orgânica propriamente dita, que abarca atividades de lazer, trabalho, recursos financeiros e manutenção da autonomia, com peso significativo das relações sociais que marcam o papel social do indivíduo, podendo-se pensar em significados específicos que esse conceito assume para essa faixa etária (Paskulin *et al.*, 2010).

Vaarama (2009) propõe uma divisão dessa etapa da vida em 3 grupos etários: 60-64 anos (o começo da terceira idade), 65-79 anos (a terceira idade propriamente dita) e 80 ou mais (a quarta idade); nos quais os domínios físicos e funcionais vão dando lugar ao bem-estar psicológico, com a satisfação com a vida mantendo-se relativamente estável, e tendo a dimensão social importância considerável em todos os grupos de idade (Almeida & Maia, 2010; Vaarama, 2009), ainda que sejam encontradas diferenças transculturais (Llobet, Ávila, Farrás & Canut, 2011).

Nesse sentido, tem sido apontado o valor da amizade na promoção da qualidade de vida do idoso, principalmente na atualidade, em que muitas funções familiares passam a ser assumidas pelos amigos (Almeida & Maia, 2010) e equipe de saúde (Eloranta *et al.*, 2010; Eloranta, Routasalo & Arve, 2008).

As equipes multiprofissionais de assistência em saúde podem, portanto, melhorar a qualidade de vida não somente atuando nos aspectos biológicos e psicológicos, mas sustentando e estimulando o desenvolvimento de relações sociais de amizade e da espiritualidade (Almeida & Maia, 2010; Eloranta *et al.*, 2008; Eloranta *et al.*, 2010).

A adaptação à doença crônica é relacionada ao modo como ela aparece na vida do sujeito, sendo comum a presença de traços depressivos instalados ou agravados pela doença, relacionados à dependência, inversão de papéis e limitações que, junto com o momento de vida do indivíduo, a cultura na qual está inserido e as relações familiares determinam o modo como a doença é sentida (Laham, 2010).

No idoso, a sintomatologia depressiva está para além de sintomas frequentes como a redução da autoestima, falta de ânimo, sensação de vazio, sentimento de culpa e pessimismo com consequências negativas para a qualidade de vida (Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion & Souza, 2010), tendo prevalência mais alta do que demências (Phillip & Zehanah, 2012), podendo chegar a 20% em idosos com doenças crônicas (Conte & Souza, 2009).

A depressão está associada ao declínio do bem-estar e do funcionamento diário, o aumento de morbidade, mortalidade e utilização de serviços de saúde, superando doenças cardiovasculares (entre elas do acidente vascular cerebral [sic] e insuficiência cardíaca coronariana) na associação com a incapacidade funcional (Ramos, 2009; Alvez, Fráguas & Wajngarten, 2009). Idosos com depressão crônica não tratada têm até cinco vezes mais chances de piora de incapacidade em três anos (Phillip & Zehanah, 2012).

Apesar dos desfechos negativos e da sua alta prevalência na população idosa, a depressão é subdiagnosticada e subtratada, sendo necessárias formas de detecção confiáveis, rápidas e de baixo custo (Castelo *et al.*, 2010).

Estima-se na população geral uma prevalência de 6% de transtorno depressivo maior, chegando entre 20 a 28% na população com doenças cardiovasculares, sendo difícil o diagnóstico de depressão nessa população devido à sobreposição de sintomas, uma vez que a depressão em pacientes cardiopatas pode se confundir com a sintomatologia clínica da doença de base (Alvez *et al.*, 2009).

As doenças cardiovasculares geralmente são doenças crônicas que começam na juventude e se manifestam apenas no fim da vida adulta e início

do envelhecimento (Jurkiewicz & Romano, 2009), estando associadas a altos custos hospitalares, frequentes readmissões (entre 30 e 50% em 6 meses pós-alta) e deterioração da qualidade de vida (Mendoza *et al.*, 2009; Patel *et al.*, 2008). Incluem quadros mais incapacitantes, como o acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca coronariana (ICC), de incapacidade variável, como a doença cardíaca, doença valvar e insuficiência venosa/arterial periférica e doenças com pouco impacto na funcionalidade, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS). A alta taxa de prevalência na população e a variabilidade de causas desafiam o desenvolvimento de estratégias de prevenção (Rodrigues, Cruz & Gama, 2009) e estima-se que 11% das mortes em homens e 19% em mulheres se devam a doenças cardiovasculares (Mendoza *et al.*, 2009).

Whooley *et al.* (2008) observam que o aumento de risco de eventos cardiovasculares associados à depressão pode ser prevenível por modificação ambiental, principalmente atividade física, distanciando-se da hipótese de uma base biológica comum entre ambos. Dessa forma, são necessárias formas alternativas de tratamento, para além do modelo médico tradicional baseado na hospitalização do doente (Mendoza *et al.*, 2009), como, por exemplo, a assistência domiciliar (AD).

A assistência em saúde prestada no domicílio prevalecia tempos atrás, antes dos hospitais adquirirem finalidade curativa e papel central nas políticas de saúde, como se observa na atualidade (Laham, 2004). Mudanças ocorridas na estrutura familiar e no sistema de saúde, como a saída da mulher para o mercado de trabalho, a diminuição do número de filhos e o envelhecimento populacional - que aumentam a probabilidade de que as futuras gerações

necessitem de cuidados que a família não tem condições de oferecer (Thumé, Facchini, Tomasi & Vieira, 2010) – e a busca de controle de gastos e riscos através de iniciativas racionalizadoras na organização do trabalho promoveram a formulação de novas estratégias e mecanismos para cuidado em saúde que levem em consideração necessidades específicas de grupos populacionais (Silva, Sena, Seixas, Feuerwerker & Merhy, 2010).

A legislação brasileira define como Atenção Domiciliar estratégias e ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação desempenhadas em domicílio visando à redução de demanda hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, humanização da atenção, desinstitucionalização. Inserida dentro do Estatuto do Idoso e articulada à Política Nacional de Humanização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, essa modalidade de atenção à saúde é considerada uma incorporação tecnológica de caráter substitutivo e/ou complementar à intervenção hospitalar. Para tanto, envolve o trabalho em equipe multiprofissional articulada interdisciplinarmente e integrado à rede de saúde, incluindo paciente e cuidador como sujeitos nesse processo (Anvisa, 2006; Ministério da Saúde, 2003; 2011; 2012)

Thumé *et al.* (2010) apontam que fatores sociodemográficos, morbidades incapacitantes, como AVE, doenças cardiovasculares e quadros demenciais servem como marcadores da necessidade de cuidados e estão positivamente associados ao uso de AD, assumindo a família posição central na viabilização da mesma, com a busca por modalidade de serviço sendo afetada pela percepção de demanda de cuidados, facilidade de acesso a

serviços de saúde, aceitação populacional e familiar e decisão pessoal (Thumé, Facchini, Wyshak & Campbell, 2011).

Estudos de AD com idosos retratam maioria feminina (52% a 86%), com baixo grau de escolaridade (58% a 85,5% com até ensino fundamental), casados (42% a 55%), renda média de 2,6 salários e média de idade entre 69,8 e 84,5 anos (Martos & Sanches, 2010; Thumé *et al.*, 2010; Ploeg *et al.*, 2010; Paraponaris, *et al.*, 2012; Espinel-Bermudéz *et al.*, 2011; Marques & Freitas, 2009; Patel *et al.*, 2008; Halvorsrud, Kirkvold, Diseth & Kalfoss, 2010; Martins *et al.*, 2009; Nunes *et al.*, 2010). A prevalência de doenças cardiovasculares varia entre 10% e 80%, de acordo com o diagnóstico (Thumé *et al.*, 2010) e sintomatologia depressiva entre 6,6% a 51% (Nunes *et al.*, 2010; Conte & Souza, 2009).

Apesar de a atenção domiciliar ter aumentado entre as pessoas com necessidade de ajuda nas atividades do cotidiano, as necessidades psicológicas, de maneira geral, tendem a ser colocadas em segundo plano pelas equipes de saúde e cuidadores, com discrepâncias entre profissionais, clientes e cuidadores no que se refere à percepção de satisfação com a vida, dos cuidados e da motivação para o tratamento. Dessa forma, são necessários estudos que forneçam uma compreensão melhor sobre os fatores relacionados ao bem-estar psicossocial de idosos com doenças cardiovasculares atendidos em domicílio, dada a complexidade que esses pacientes apresentam e o papel de suporte social que as equipes de saúde assumem para eles (Eloranta, Welch, Arve & Routasalo, 2010; Eloranta, Routasalo & Arve, 2008).

Os objetivos do presente trabalho centram-se na identificação da presença e descrição das características da depressão em idosos com

doenças cardiovasculares atendidos em domicílio, bem como a avaliação da qualidade de vida dessa população e a relação entre depressão e qualidade de vida.

MÉTODO

Participaram deste estudo 30 idosos portadores de doenças cardiovasculares atendidos em hospital público terciário da cidade de São Paulo, com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros. Foram excluídos idosos com impossibilidade de estabelecimento de comunicação como consequência da doença, quadros de psicose ou outros que envolviam delírios e/ou alucinações de acordo com os critérios do DSM IV – TR (APA, 2003) e rebaixamento cognitivo, indicado pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994).

O levantamento de dados sociodemográficos dos participantes (idade, gênero, escolaridade, estado civil e renda), bem como registros médicos, medicamentos e tratamentos indicados, foram obtidos pelos prontuários e entrevistas semiestruturadas realizadas em domicílio.

O Mini Exame do Estado Mental (*Mini Mental State Examination / MMSE*) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) foi utilizado para *screening* de estado cognitivo, e os valores de corte utilizados foram os propostos por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto (2003), sendo que uma maior pontuação indica melhor capacidade cognitiva (Lourenço, Veras & Ribeiro, 2008).

Foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica - GDS-30 (*Geriatric Depression Scale*) para diagnóstico de depressão (Castelo *et al.*, 2010) de acordo com os pontos de corte propostos por Yesavage *et al.* (1983).

A avaliação de qualidade de vida foi realizada a partir do inventário SF-36, que contempla 8 aspectos: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Os itens são avaliados, dando-se um resultado para cada questão, que são posteriormente transformados numa escala de 0 a 100, em que zero é considerado o pior e 100 o melhor (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão & Quaresma, 1999).

Os dados foram coletados entre março de 2010 e outubro de 2011 por pesquisadores treinados para aplicação uniforme dos instrumentos. Após contato telefônico prévio, psicólogos foram aos domicílios para propor a pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após a concordância, foram aplicados os instrumentos nesta ordem: MEEM, Entrevista, GDS e SF-36.

As entrevistas foram analisadas com a técnica de Análise de Conteúdo, também denominada Análise Temática, em que a unidade de análise é o discurso, o relato (Bardin, 1979). Os dados quantitativos passaram por análise descritiva e foram feitas comparações de variáveis a partir da classificação dos sintomas depressivos.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos da amostra descritos na Tabela 1 apontam para uma maioria feminina, com idade avançada, baixa escolaridade, com

fonte de renda baixa, residentes em domicílios multigeracionais e em tratamento da doença cardiovascular.

Quanto ao diagnóstico clínico e comorbidades, os participantes apresentaram média de 4,8 comorbidades e 8,5 prescrições de medicamentos, sendo que 53,3% dos participantes tinham dois ou mais diagnósticos de doença cardiovascular, que incluíram hipertensão arterial sistêmica – HAS (80%), acidente vascular encefálico – AVE, isquêmico ou hemorrágico (26,7%), Insuficiência Cardíaca (23,3%), Insuficiência Coronariana/Doença Arterial Coronária (13,3%), Doença Valvar (10%) e Insuficiência Venosa/Arterial Periférica (6,7%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra
Participantes (n=30)

Gênero (%)	Feminino	73,4
	Masculino	26,6
Idade (média/anos)		83,3
Escolaridade (média/anos)		5,3
Tempo de tratamento da doença cardiovascular (média/anos)		5,9
Situação previdenciária (%)	Aposentados	86,7
	Pensionistas	6,6
	Não sabe	6,6
Estado Civil (%)	Viúvos	53,3
	Casados	30
	Solteiros	10
	Separados	6,7
Renda (%)	Não sabe	20
	0 a 3 salários	56,7

	4 ou mais salários	23,3
Com quem reside (%)	Filhos	40
	Cônjuge	23,3
	Filhos e Cônjuge	6,7
	Irmãos	6,7
	Outros	13,3
	Sozinhos	10

A pontuação média para o MEEM foi de 25,2 pontos, indicando boa preservação da capacidade cognitiva, e para a GDS-30, de 12,1 pontos, indicativa de depressão leve. De fato, 60% dos participantes obtiveram pontuação indicativa de depressão, tendo, 10% destes, pontuação indicativa de depressão grave.

Com relação à qualidade de vida, os participantes relataram ter boa saúde, de acordo com o SF-36, com pontuações médias favoráveis a essa percepção nos domínios Estado Geral (52,1), Vitalidade (51,1), Aspectos Emocionais (59,9) e Saúde Mental (59,2). O domínio relativo aos Aspectos Sociais foi o que obteve maior pontuação média (75,8) e Capacidade Funcional e Aspectos Físicos obtiveram as menores pontuações médias (14,6 e 46,5), com o domínio Dor apresentando pontuação média de 51,6.

Quando comparados os participantes de acordo com a classificação da sintomatologia depressiva (ausência de depressão, depressão leve e depressão grave), observou-se diminuição da pontuação média dos domínios de qualidade de vida do SF-36, principalmente para Aspectos Emocionais, Saúde Mental e Aspectos Físicos, conforme apontado na Tabela 2.

Tabela 2 - Relação entre pontuações médias dos domínios do SF-36 e sintomatologia depressiva

SF-36 (pontuação média)	Ausência de Depressão	Depressão Leve	Depressão Grave
Capacidade funcional	24,6	11,3	10
Aspectos físicos	75	30	16,7
Dor	58,9	54,7	25
Estado geral	63,9	50,9	18,3
Vitalidade	66,8	43,7	18,3
Aspectos sociais	83	70	50
Aspectos emocionais	88,1	44,4	0
Saúde mental	79,4	47,2	17,3

O número médio de prescrições médicas aumentou de acordo com a sintomatologia depressiva, passando de 7,1 na ausência de depressão para 9,7 para indivíduos com depressão grave. Os participantes com sintomas depressivos mais graves possuíam média de idade inferior (79,3 anos) quando comparados com idosos com sintomas depressivos leves (84,5 anos) ou sem depressão (83,6).

Em entrevista, 96,7% dos participantes relataram ter sido internados pelo menos uma vez após os 60 anos, sendo 30% internados 5 vezes ou mais. As doenças cardiovasculares foram associadas às internações por 53,3% dos idosos e apontadas como único motivo para as mesmas por 23,3%. A presença de deficiência visual e auditiva foi referida por 83,3% e 60% dos participantes, respectivamente, sendo concomitantes em 56,7% dos relatos.

A realização de acompanhamento psicológico foi apontada por 23,3% dos participantes, dos quais 43% eram atendimentos que faziam parte da rotina do serviço de AD ao qual estavam vinculados. Outros 43% associaram o acompanhamento psicológico com episódio de depressão, com tempo médio

de 5,7 meses de seguimento e 14% declararam outros motivos para o atendimento psicológico.

Entre os participantes, 30% declararam possuir diagnóstico de depressão, mas apenas 33,3% destes relataram uso de antidepressivos, com 40% dos tratados com antidepressivos observando melhora nos sintomas. A associação entre uso de antidepressivos e acompanhamento psicológico ocorreu em 10% dos participantes com diagnóstico de depressão pela GDS-30.

Sobre a vida antes da doença cardiovascular, os principais temas levantados pelos participantes foram relativos à capacidade de trabalho e autonomia frente ao seu cotidiano. Eles consideravam a vida normal, boa, com saúde, trabalhando dentro (principalmente mulheres) e/ou fora de casa, sem depender dos cuidados de outros e independentes financeiramente, como demonstram os relatos seguintes:

Vida agitada, porque trabalhava, estudava (...). A vida era corrida, agitada, trabalhava dezoito horas por dia. (homem, 76 anos)

Era uma vida mais feliz, trabalhava e não tinha horário para voltar (...), sempre tinha algum dinheiro. (homem, 73 anos)

Algumas vezes, as mudanças no cotidiano não ocorreram por conta da doença cardiovascular, mas outra doença incapacitante, sendo que alguns nem apontaram diferenças entre antes e depois da instalação da doença:

Eu não sei quando fiquei com pressão alta. Depois que comecei o atendimento (...) que me falaram, então era a mesma coisa que hoje. (homem, 80 anos)

Eu nem sabia que tinha. Sempre fiz tudo, só não corria. (...) Só fui usar cadeira de rodas por conta dos erisipelas [sic]. (mulher, 75 anos)

Quando questionados sobre a vida depois da doença cardiovascular, alguns idosos não observaram diferenças no cotidiano, atribuindo as limitações, quando existentes, a outras doenças:

Tive que comer menos sal, mas não deixei de ser ativa por conta da pressão alta. Por conta da pressão alta não tive nenhuma mudança. (mulher, 84 anos)

Faço tudo, só não lavo e passo. O que me fez parar de fazer as coisas, foi por conta da visão. (mulher, 93 anos)

Observou-se, também, entre os discursos, a ideia de uma vida mais “parada”, um cotidiano mais “pausado” e, algumas vezes, até a suspensão das atividades do dia a dia pelas limitações trazidas pela doença:

Mais pausada. Reduzi as minhas atividades pela questão física. Por conta da pressão alta e da diabetes que eu tive que reduzir. (homem, 76 anos)

Mudou muito. Eu não posso mais sair na rua, não posso andar. Eu deixei de ir em festas, aniversários de pessoas da família [sic]. Não dá mais para ir e eu sinto muita falta. É, tá tudo parado. Parou. (homem, 87 anos)

Sentimentos como tristeza e preocupação com a saúde apareceram, além de questões relativas à dependência de outros para realização de atividades do cotidiano.

Ela [a vida] tá do jeito que você tá vendo [sic]. Não posso sair, não posso fazer nada. A gente fica triste, porque não pode nem descer a escada (...). No meu aniversário fizeram uma festa e eu pedi para os meus netos me ajudarem a descer (...). Agora só fico aqui no meu quarto. (mulher, 98 anos)

Hoje eu não posso fazer nada, dependo da boa vontade dos filhos para qualquer coisa. (mulher, 79 anos)

DISCUSSÃO

O perfil dos idosos levantado no presente estudo aproxima-se ao encontrado na literatura sobre AD: gênero, em maioria, feminino, com baixo grau de escolaridade, renda média baixa e média de idade avançada (Martos & Sanches, 2010; Thumé *et al.*, 2010; Ploeg *et al.*, 2010; Paraponaris *et al.*, 2012; Espinel-Bermudéz *et al.*, 2011; Marques & Freitas, 2009; Patel *et al.*, 2008; Halvorsrud *et al.*, 2010; Martins *et al.*, 2009; Nunes *et al.*, 2010). Entretanto, observa-se maior prevalência de viúvos e sintomatologia depressiva do que em outros estudos (Nunes *et al.*, 2010; Conte & Souza, 2009).

As medidas de qualidade de vida observadas corroboram aquelas encontradas na literatura em estudos com idosos portadores de doenças crônicas, com menores pontuações para capacidade funcional, provavelmente relacionadas às limitações impostas pelas doenças, maiores pontuações para aspectos sociais e boa percepção do estado geral de saúde (Campolina *et al.*, 2011; Conde-Sala, Garre-Olmo, Turró-Garriga, López-Pousa & Vilalta-Franch, 2009; Halvorsrud *et al.*, 2010; Meirelles *et al.*, 2010), demonstrando a importância do suporte social, promotor de autonomia e autoeficácia nessa população e fator protetor para sintomas depressivos (Jerant, Kravitz, Moore-Hill & Franks, 2008).

Os 80 anos de vida – média de idade aproximada da população do presente estudo - é uma idade divisora da qualidade de vida, em que se observa queda significativa da dimensão física e maior ênfase nos itens de bem-estar psicossocial, sendo papel da AD para essa população não só o cuidado físico, muitas vezes limitado em suas possibilidades pela cronicidade das doenças, mas também suporte social (Vaarama, 2009), principalmente ao estimular a relação com outros (ainda que estes sejam equipe de saúde), integrando, dessa forma, cuidado, conforto e promoção da autonomia e recursos pessoais (Vaarama, 2009; Eloranta *et al.*, 2010; Eloranta, Routasalo & Arve, 2008) quando adotada uma abordagem compreensiva (Halvorsrud *et al.*, 2010; Eloranta, Welch, Arve & Routasalo, 2010) e centrada no cliente (Eloranta *et al.*, 2008).

Ainda com relação ao suporte social, observa-se simultaneidade entre cuidado formal (fornecido pela equipe de saúde) e cuidados informais (pela família/rede social), visto que poucos participantes relataram residirem

sozinhos, favorecendo considerações que apontam a AD como rede de serviços complementar de cuidado, que responde a necessidades específicas relacionadas, principalmente, ao aumento da idade e limitações funcionais – fatores estes que estão associados ao aumento do risco de institucionalização (Vaarama, 2009; Blomgren, Martikainen, Martelin & Koskinen, 2008; Yamada, Siersma, Avlund & Vass, 2012; Paraponaris *et al.*, 2012; Santos *et al.*, 2010).

As dimensões de aspectos emocionais e saúde mental tiveram pontuações relativamente elevadas, apesar da prevalência relativamente alta de sintomatologia depressiva. Estudos apontam que, entre idosos, principalmente os “mais velhos” (acima de 80 anos) (Vaarama, 2009; Llobet *et al.*, 2011), a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico – fatores relacionados à saúde mental e emocional - são medidas que tendem a permanecer estáveis durante esse ciclo da vida, o que pode justificar tais achados.

Nos relatos obtidos em entrevista sobre o impacto da doença cardiovascular, pode-se observar considerações aproximadas às identificadas por Meirelles *et al.* (2009) e Martins *et al.* (2009) em estudo sobre fatores intervenientes na qualidade de vida em idosos portadores de doenças crônicas. Autonomia, capacidade para trabalho, relações sociais que promovam bem-estar e o conforto são apontados como os principais aspectos intervenientes nos domínios de qualidade de vida para tal população.

O aumento de sintomas depressivos esteve relacionado à diminuição das pontuações da qualidade de vida em todos os domínios do SF-36, sendo mais discrepantes as medidas entre idosos classificados como “normais” e com depressão grave nos aspectos emocionais, na saúde mental e nos aspectos

físicos, relação essa já apontada na literatura (Halvorsrud *et al.*, 2010; Conde-Sala *et al.*, 2009). A associação entre sintomatologia depressiva e aspectos físicos envolve múltiplos fatores como a capacidade de autocuidado e senso de autoeficácia diminuídos na depressão (Conde-Sala *et al.*, 2009; Alvez, *et al.*, 2009; Whooley *et al.*, 2008). Ocorre também a depressão como reação à perda funcional e dependência decorrente da instalação de uma doença incapacitante (Laham, 2010) ou alterações orgânicas/funcionais relacionadas às doenças cardiovasculares e seus medicamentos (Jurkiewicz & Romano, 2009; Alvez, *et al.*, 2009).

A relação entre sintomatologia depressiva e Capacidade Funcional foi discreta quando comparada a outros domínios do SF-36 no presente estudo. Na literatura, essa relação é amplamente discutida, sendo a depressão associada a maiores níveis de comprometimento funcional (Conde-Sala *et al.*, 2009; Whooley *et al.*, 2008; Laham, 2010; Jurkiewicz & Romano, 2009; Alvez, *et al.*, 2009). Esse fenômeno pode estar relacionado às características da população do presente estudo, com alto nível de comprometimento funcional, idade média avançada e recebimento de AD.

Primeiramente, os idosos participantes possuíam alto comprometimento funcional, necessitando de AD como fonte de cuidados em saúde, tendo essa dimensão do SF-36 uma pontuação média baixa quando comparada às outras, independentemente da presença de sintomas depressivos, o que pode ter minimizado a relação entre essas variáveis.

Em segundo lugar, a média de idade avançada (acima dos 80 anos) coloca em foco questões psicossociais, tendo os aspectos físicos uma ênfase

menor (Vaarama, 2009), sendo, portanto, pouco influenciados pelos sintomas depressivos, quando comparados aos outros aspectos da qualidade de vida.

Por fim, o recebimento de AD promove aspectos da qualidade de vida relacionados ao bem-estar psicossocial e conforto/segurança ambiental junto ao cuidado – ainda que limitado pela cronicidade – às doenças orgânicas. Dessa forma, a relação entre capacidade funcional e sintomas depressivos pode estar sendo moderada pela AD como fonte de cuidados que estabiliza descompensações fisiológicas e controla sintomas, minimizando seu impacto na qualidade de vida dos sujeitos.

O aumento da sintomatologia depressiva medida pela GDS-30 esteve relacionado, também, à menor média de idade para depressão grave e com aumento de prescrições médicas. De fato, idosos “mais jovens” (60 – 79 anos) tendem a apresentar maior prevalência de sintomatologia depressiva, sendo essa relação associada à preservação da capacidade cognitiva e ao aumento da dependência para atividades diárias, características presentes nos participantes do presente estudo (Hasche, Morrow-Howell & Proctor, 2010; Drageset, Eide & Ranhoff, 2011; Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2008).

Apesar dos desfechos negativos, da sua alta prevalência e de seu alto ônus médico e social devido à sobrecarga familiar e dos serviços de saúde, a depressão no idoso em geral é subdiagnosticada e/ou subtratada, sendo reconhecida e efetivamente tratada apenas ocasionalmente (Castelo *et al.*, 2010; Siqueira *et al.*, 2009; Galhardo, Mariosa & Takata, 2010; Whooley *et al.*, 2008), corroborando a discrepância entre as medidas de prevalência de depressão detectadas pelo GDS-30 e a porcentagem de idosos que relataram episódio/tratamento para depressão.

Em pacientes idosos cardiopatas, o tratamento da depressão está associado à melhora da função cognitiva e qualidade de vida, de maneira geral, principalmente quando combinados suporte psicológico e medidas farmacológicas (Alvez *et al.*, 2009) promovendo intervenções que não somente reduzam sintomas depressivos, mas atuem em fatores de risco como a solidão e ausência de atividades sociais (Whooley *et al.*, 2008). Entre os participantes do presente trabalho resultados promissores na remissão de sintomas depressivos foram relatados por sujeitos que receberam intervenção farmacológica, porém houve poucos relatos de associação entre antidepressivos e acompanhamento psicológico, abrindo um campo a ser desenvolvido.

É preciso levar em consideração que as causas da depressão no idoso são diferentes das causas comuns entre jovens e adultos, principalmente em episódios de início tardio (depois dos 50 anos), mais comumente relacionadas às doenças físicas, mudanças neurológicas e anormalidades neuropsicológicas (Phillip & Zehanah, 2012), sendo, portanto, uma população mais vulnerável à ocorrência de episódios depressivos. Eloranta *et al.* (2010) apontam que equipes multiprofissionais colaborativas de AD tendem a ser mais cientes do que os clientes quanto à presença de sintomas depressivos, mas apresentam dificuldades em seu manejo.

Por serem pacientes de alto nível de complexidade, idosos portadores de doenças crônicas, principalmente as doenças cardiovasculares, necessitam de uma mobilização da rede de saúde como um todo (Hammar, Rissanen & Perälä, 2009; Shepperd *et al.*, 2009) provendo cuidado integral e contínuo que englobe família e serviços de saúde, interdisciplinaridade e intersetorialidade e

rompendo com o modelo biológico médico centrado (Marques & Freitas, 2009; Eloranta *et al.*, 2008).

É preciso uma maior articulação entre a AD e a rede primária de atendimento que permita identificar idosos em riscos que poderiam se beneficiar de acompanhamento domiciliar da equipe de saúde (Ploeg *et al.*, 2010), considerando não somente patologias orgânicas ou nível de capacidade funcional (Veras, 2009; Ramos, 2009), mas também aspectos psicossociais, como sintomatologia depressiva e suporte social.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo descreveram maiores pontuações médias para os domínios Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental e menores para Capacidade funcional, Aspectos físicos e Vitalidade, com relação à qualidade de vida.

Foi identificada alta prevalência de depressão na população idosa portadora de doenças cardiovasculares atendida em domicílio e o aumento de sintomatologia depressiva apresentou relação com pior pontuação média em todos os domínios de qualidade de vida do SF-36, principalmente nos Aspectos Emocionais, Saúde Mental e Aspectos Físicos. Sintomas depressivos estiveram relacionados também à maior média de prescrições médicas e menor média de idade dos participantes.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. K. & Maia, E. M. C. (2010). Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 743-750.
- Alvez, T. C. T., Fráguas, R. & Wajngarten, M. (2009). Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Rev Psiq Clin*, 36(3), 88-92.

American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR*: breviário – critérios diagnósticos. Barcelona: Massom.

Anvisa (2006). *Portaria nº11 – Dispõe sobre regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar*. Brasília.

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bertolucci, P. H.F., Brucki, S. M.D., Campacci, S. R. & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 01-07.

Blomgren, J., Martikainen, P., Martelin, T. & Koskinen, S. (2008). Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland. *Eur J Ageing*, 5(4), 335-347.

Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arg Neuro-Psiquiatr*, 61(3B), 777-781.

Campolina, A. G., Dini, P. S. & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2919-2925.

Castelo, M. S., Coelho-Filho, J. M., Carvalho, A. F., Lima, J. W. O., Noletto, J. C. S., Ribeiro, K. G. & Siqueira-Neto, J. I. (2010). Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 109-113.

Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I. & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil, SF-36). *Rev Bras Reumat*, 39(3), 143-150.

Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., López-Pousa, S. & Vilalta-Franch, J. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: the patient's perception compared with that of caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(1), 585-594.

Conte, L. B. D. & Souza, L. N. A. (2009). Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. *Rev Inst Cienc Saúde*, 27(3), 214-219.

Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2011). Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment. *J Clin Nurs*, 20(21-22), 3111-3118.

Eloranta, S., Arve, S. & Routasalo, P. (2008). Multiprofessional collaboration promoting house care client's personal resources: perspective of older clients. *International Journal of Older People Nursing*, 3(1), 88-95.

Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Welch, A., Viitanen, M. & Routasalo, P. (2010). Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1), 847-855.

Eloranta, S., Routasalo, P. & Arve, S. (2008). Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice*, 14(1), 308-314.

Eloranta, S., Welch, A., Arve, S. & Routasalo, P. (2010). A collaborative approach to home care delivery for older clients: perspectives of home care providers. *Journal of Interprofessional Care*, 24(2), 198-200.

Espinel-Bermudéz, M. C., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., García-Gonzalez, J. J., Viveros-Pérez, A. & García-Peña, C. (2011). Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico em ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública de México*, 53(1), 17-25.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198.

Fortes-Burgos, A. C. G, Neri, A. L. & Cupertino, A. O. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicol Reflex Crit*, 21(1), 74-82.

Galhardo, V. A., Mariosa, M. A. S. & Takata, J. P. I. (2010). Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev Méd Minas Gerais*, 20(1), 16-21.

Halvorsrud, L., Kirkvold, M. Diseth, A. & Kalfoss, M. (2010). Quality of Life Model: predictors of quality of life among sick older adults. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 24(4), 241-259.

Hammar, T., Rissanen, P. & Perälä, M. (2009). The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care patients. *Health Policy*, 92(1), 10-20.

Hasche, L. K., Morrow-Howell, N. & Proctor, E. K. (2010). Quality of life outcomes for depressed and nondepressed older adults in community long-term care. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(6), 544-553.

Jerant, A., Kravitz, R., Moore-Hill, M. & Franks, P. (2008). Depressive Symptoms Moderated the effect of chronic illness self-management training on self-efficacy. *Medical Care*, 46(5), 523-531.

Jurkiewicz, R. & Romano, B. W. (2009). Coronary artery disease and experience of losses. *Arq Bras Cardiol*, 93(3), 327-333.

Laham, C. F. (2004). Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Psicologia Hospitalar*, 2(2).

Laham, C. F. (2010). *Convivendo com a doença*. In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T., Andrade, L., Bricola, S. A. P. C., Jacob Filho, W. & Martins, M. A. (Orgs), *Assistência Domiciliar – uma proposta interdisciplinar* (pp. 279-286). São Paulo: Manole.

Llobet, M. P., Ávila, N. R., Farrás, J. F. & Canut, M. T. L. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción com La vida em personas ancianas de 75 años atendidas em um programa de atención domiciliaria. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 19(3), 8 p.

Lourenço, R.A., Veras, R.P. & Ribeiro, P.C.C. (2008). Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 11(1), 7-16.

Marques, G. Q. & Freitas, I. B. A. (2009). Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev Esc Enfermagem USP*, 43(4), 825-832.

Martins, J. J., Schneider, D. G., Coelho, F. L., Nascimento, E. R. P., Albuquerque, G. L., Erdmann, A. L. & Gama, F. O. (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm*, 22(3), 265-271.

Martos, M. & Sanches, N. M. (2010). *Perfil socioeconômico dos pacientes e cuidadores do NADI*. In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T., Andrade, L., Bricola, S. A. P. C., Jacob Filho, W. & Martins, M. A. (Orgs.), *Assistência Domiciliar – uma proposta interdisciplinar* (pp. 398-413). São Paulo: Manole.

Meirelles, B. H. S., Arruda, C., Simon, E., Vieira, F. M. A., Cortezi, M. D. V. & Natividade, M. S. L. (2010). Condições associadas à qualidade de vida de idosos com doenças crônicas. *Cogitare Enferm*, 15(3), 433-440.

Mendoza, H., Martin, M. J., Garcia, A., Aróz, F., Aizpuru, F., Cobos, J. R., Belló, M. C., Lopetegui, P. & Cia, J. M. (2009). 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure, *European Journal of Heart Failure*, 11(1), 1208-1213.

Ministério da Saúde (2003). *Estatuto do Idoso*. Brasília.

Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº2527 – Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília.

Ministério da Saúde (2012). *Caderno para atenção domiciliária*, vol. 1. Brasília, 2012

Murphy, M. & O'Leary, E. (2010). Depression, cognitive reserve and memory performance in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25(1), 665-671.

Nunes, D. P., Nakatani, A. Y. K., Silveira, E. A., Bachion, M. M. & Souza, M. R. de (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipe de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2887-2898.

Oliveira, I. B. (2010). *Paciente crônico e cronicidade dos cuidados: conhecendo essa realidade*. In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T., Andrade, L., Bricola, S. A. P. C., Jacob Filho, W. & Martins, M. A. (Orgs), *Assistência Domiciliar – uma proposta interdisciplinar* (pp. 287-300). São Paulo: Manole.

Organização Mundial da Saúde (1947). *Preâmbulo para Constituição da Organização Mundial da Saúde como adotada pela Conferência Internacional de Saúde*. Nova Iorque.

Paraponaris, A., Davin, B. & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disable elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *Eur J Health Econ*, 13(1), 327-336.

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

Patel, H., Shafazand, M., Ekman, I., Höjgard, S., Swedberg, K. & Schaufelberger, M. (2008). Home care as an option in worsening chronic heart failure – a pilot study to evaluate feasibility, quality adjusted life years and cost-effectiveness. *European Journal of Heart Failure*, 10(1), 675-681.

Phillip, W. & Zehanah, I. (2012). Continuation and maintenance treatments for depressive disorder in older adults (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 6(1).

Ploeg, J., Brazil, K., Hutchison, B., Kaczorowski, J., Dalby, D. M., Goldsmith, C. H. & Furlong, W. (2010). Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults risk of functional decline: randomized controlled trial. *BMJ*, 340(1480), e1-e10.

Ramos, L. R. (2009). Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *Boletim do Instituto de Saúde*, 47(1), 40-41.

Rodrigues, G. R. S., Cruz, E. A. da & Gama, G. G. G. (2009). Perfil sociodemográfico de pacientes atendidos em ambulatório de isquemia cardíaca. *Rev Enferm UERJ*, 17(4), 491-495.

Santos, S. A. L., Tavares, D. M. S. & Barabosa, M. H. (2010). Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doença entre idosos. *Rev Eletr Enfer*, 12(4), 692-697.

Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, N. A., Tibaldi, V. & Wilson, A. D. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ*, 180(2), 175-182.

Silva, K. L., Sena, R. R., Seixas, C. T., Feuerwerker, L. C. M. & Merhy, E. E. (2010). Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*, 44(1), 66-76.

Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Cien Saúde Colet*, 14(1), 253-259.

Thumé, E., Facchini, L. A., Tomasi, E. & Vieira, L. A. S. (2010). Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pub*, 44(6), 1102 – 1111.

Thumé, E., Facchini, L. A., Wyshak, G. & Campbell, P. (2011). The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *American Journal of Public Health*, 101(5), 868 – 874.

Vaarama, M. (2009). Care-related quality of life in old age. *Eur J Ageing*, 6(1), 113-125.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, 43(3), 548-554.

Whooley, M. A., de Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R., Carney, R. M., Ali, S., Dowray, S. Na, B., Feldman, M. D., Schiller, N. B. & Browner, W. S. (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA*, 300(20), 2379-2388.

Yamada, Y., Siersma, V., Avlund, K. & Vass, M. (2012). Formal help services and institutionalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), e52-e56.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*, 17(1), 37-49.

CONTATO

E-mail: rafatrevizoli@yahoo.com.br