

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta
tese será disponibilizado
somente a partir de 23/02/2023.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva

**Desenvolvimento e validação de escala de rastreamento
de renúncia à vida no idoso não institucionalizado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado e Doutorado, da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Sílvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadora: Profa. Dra. Milena Temer Jamas

**Botucatu
2022**

Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva

Desenvolvimento e validação de escala de rastreamento
de renúncia à vida no idoso não institucionalizado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado e Doutorado, da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadora: Profa. Dra. Milena Temer Jamas

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Silva, Sabrina Piccinelli Zanchettin.

Desenvolvimento e validação de escala de rastreamento
de renúncia à vida no idoso não institucionalizado /
Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva. - Botucatu, 2021

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientador: Milena Temer Jamas
Capes: 40400000

1. Avaliação geriátrica. 2. Depressão. 3. Escala de
avaliação comportamental. 4. Idosos. 5. Suicídio.

Palavras-chave: Avaliação Geriátrica; Depressão; Escala de
Avaliação Comportamental; Idoso; Suicídio.

EPÍGRAFE

O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.

Dalai Lama

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que em sua infinita bondade me guiou e me ajudou a chegar até a este momento.

Ao meu amado esposo Fábio Nascimento que, em todo o processo, esteve ao meu lado, dando-me força e incentivo; com certeza, sem o seu apoio eu não o conseguiria.

Ao meu filho João Pedro, que chegou trazendo muita alegria e felicidades para nossa família.

Aos meus pais, Natalina e Cláudio, que sempre estiveram ao meu lado e que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à professora Silvia Cristina Mangini Bocchi, minha querida orientadora, uma mulher e pesquisadora incrível, que pôde me ensinar muito ao longo desses quatro anos de trabalho.

À coorientadora da pesquisa, Milena Temer Jamas que, juntamente com a professora Silvia, sempre me apoiou e ajudou para que pudéssemos apresentar um belo trabalho.

Ao professor Hélio Amante Miot que, além de banca, também contribuiu com as análises estatísticas essenciais para o desenvolvimento da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio ao Programa de Pós-graduação.

À Faculdade de Medicina de Botucatu, representada por todos os docentes e colaboradores técnico-administrativos.

À Fundação Paulista de Tecnologia e Educação, o apoio e incentivo.

Aos colegas especialistas que compuseram o painel de juízes, contribuindo com fase importante da pesquisa.

Aos idosos que consentiram em participar da pesquisa e, assim, tornaram possível a realização dela.

Aos meus alunos, que me incentivam a sempre buscar mais conhecimento.

RESUMO

Silva SPS. Construção e validação de escala de rastreamento de renúncia à vida no idoso [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2022.

OBJETIVO: Construir e avaliar as propriedades psicométricas da escala de rastreamento de renúncia à vida do idoso não institucionalizado. **MÉTODO:** Trata-se de pesquisa metodológica e translacional, com geração de conjunto de itens a partir de dois modelos teóricos decorrentes de análises qualitativas, por Teoria Fundamentada nos Dados, de experiências de dois grupos amostrais de idosos na comunidade, feminino e masculino, com depressão, baixo apoio social e cognição preservada, sinalizando-os entre dimensões de segurança e risco de renúncia à vida. Para a construção do instrumento, seguiram-se as etapas: (1) determinar claramente o que se pretende medir; (2) gerar conjunto de itens iniciais; (3) determinar o formato para medição; (4) dispor do conjunto de itens iniciais, revisado por especialistas; (5) considerar a inclusão de itens validados; (6) submeter conjunto de itens a uma amostra de participantes; (7) avaliar os itens. Para análise dos itens, empregaram-se as validades de conteúdo e de face, primeiro por comitê de juízes especialistas, seguido de pré-teste com a população-alvo. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para avaliar a concordância entre opiniões dos juízes. Para análise das propriedades psicométricas, aplicou-se a escala a 300 idosos dos municípios do estado de São Paulo, das regiões de Bauru e Marília, São Paulo, Brasil, no período de setembro a novembro de 2020. Utilizou-se Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para aferir a validade de constructo e obteve-se a validade de critério por correlação entre a Escala de Rastreamento de Renúncia à Vida no Idoso e a Escala de Depressão Geriátrica, quanto à sensibilidade e à especificidade, por Curva ROC. Para avaliar a confiabilidade da escala, empregou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* e o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC). Mediu-se a estabilidade do instrumento através do teste-reteste e a Teoria de Resposta ao Item (TRI) para análise de cada item. **RESULTADOS:** Partiu-se de escala do tipo Likert com 81 itens, agrupados em três dimensões (autogovernabilidade; comprometimento com a saúde; engajamento com o projeto de vida), decorrentes de pesquisa qualitativa com a experiência de idosos(as) adscritos à Unidades Saúde da Família, rastreados com estado cognitivo preservado, depressão moderada a grave e baixo apoio social. Essa primeira versão foi submetida à análise do painel de especialistas que, juntamente com cálculo de IVC e submissão da escala ao pré-

teste com 43 idosos, reduziu-a a 53 itens, ou seja, redução de 28 itens, tipo *Likert* com três opções de resposta, organizados em duas dimensões. A aplicação dessa versão da escala para uma amostra de 300 idosos possibilitou a exclusão de 27 itens por meio da AFC, a partir do critério de carga fatorial padronizada $< 0,4$. Após, optou-se por manter o instrumento com uma ou duas dimensões. Conferiram-se propriedades psicométricas da escala: Ômega de McDonald de 0,902; Coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,90, com estabilidade temporal (ICC de 0,80), em relação à escala de Depressão Geriátrica, a área sob a curva encontrada foi de 0,797, com especificidade de 0,68 e sensibilidade de 0,80, no melhor ponto de corte encontrado – 35. A TRI evidenciou que os itens têm bom coeficiente de discriminação ao modelo, com exceção dos itens, 18, 24 e 25, sendo o item 7 com maior índice. Mostrou também que todos os itens têm aderência ao modelo. **DISCUSSÃO:** As propriedades psicométricas da escala de renúncia à vida no idoso apontam para uma ferramenta consistente e viável, que poderá promover avanços na assistência à saúde das pessoas idosas e da equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Reitera-se a importância de mais estudos que possam validar as propriedades psicométricas, para consolidação da escala na atuação profissional na APS. Ressalta-se que a escala proposta se destina a idosos residindo na comunidade, não podendo considerar os resultados apresentados em outras populações. **CONCLUSÃO:** Apesar de ainda requerer outras pesquisas para validar as propriedades psicométricas e a confiabilidade da escala, tal estudo é pioneiro para a prevenção de suicídio de idosos na comunidade, por instrumentalizar a equipe de saúde da APS para o rastreamento (busca ativa) daqueles em situação de renúncia à vida, dando-lhes oportunidade de acesso a tratamentos e cuidados no âmbito da saúde mental.

Descritores: Idoso; Depressão; Suicídio; Escala de Avaliação Comportamental; Avaliação Geriátrica.

ABSTRACT

Silva SPS. Construction and validation of a life renunciation tracking scale for the elderly [thesis]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2022.

OBJECTIVE: To construct and evaluate the psychometric properties of the non-institutionalized elderly person's renunciation of life screening scale. **METHOD:** This is a methodological and translational research, with the generation of a set of items from two theoretical models resulting from qualitative analyses, by Grounded Theory, of the experiences of two sample groups of elderly people in the community, female and male, with depression, low social support and preserved cognition, signaling them between dimensions of security and risk of giving up life. For the construction of the instrument, the following steps were followed: (1) clearly determine what is to be measured; (2) generate a set of initial items; (3) determine the format for measurement; (4) have the initial set of items, reviewed by experts; (5) consider including validated items; (6) submit a set of items to a sample of participants; (7) evaluate the items. For item analysis, content and face validity were used, first by a committee of expert judges, followed by a pre-test with the target population. The Content Validity Index (CVI) was used to assess the agreement between the judges' opinions. To analyze the psychometric properties, the scale was applied to 300 elderly people from the municipalities of the state of São Paulo, in the regions of Bauru and Marília, São Paulo, Brazil, from September to November 2020. Confirmatory Factor Analysis was used (AFC) to assess the construct validity and the criterion validity was obtained by correlation between the Life Renunciation Screening Scale in the Elderly and the Geriatric Depression Scale, regarding sensitivity and specificity, by ROC curve. To assess the reliability of the scale, Cronbach's alpha coefficient and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) were used. Instrument stability was measured through test-retest and Item Response Theory (IRT) for analysis of each item. **RESULTS:** A Likert-type scale was used with 81 items, grouped into three dimensions (self-governance; commitment to health; engagement with the life project), resulting from qualitative research with the experience of elderly people assigned to the Health Units of the Family, screened with preserved cognitive status, moderate to severe depression, and low social support. This first version was submitted to the analysis of the expert panel which, together with the CVI calculation and submission of the scale to the pre-test with 43 elderly people, reduced it to 53 items, that is, a reduction of 28 items, Likert type with three options response, organized into two dimensions. The application

of this version of the scale to a sample of 300 elderly people made it possible to exclude 27 items using the CFA, based on the criterion of standardized factor loading < 0.4 . Afterwards, it was decided to keep the instrument with one or two dimensions. Psychometric properties of the scale were verified: McDonald's Omega of 0.902; Cronbach's alpha coefficient of 0.90, with temporal stability (ICC of 0.80), in relation to the Geriatric Depression scale, the area under the curve found was 0.797, with a specificity of 0.68 and a sensitivity of 0.80, at the best cut-off point found – 35. The IRT showed that the items have a good coefficient of discrimination to the model, with the exception of items 18, 24 and 25, with item 7 having the highest index. It also showed that all items adhere to the model. **DISCUSSION:** The psychometric properties of the renunciation of life scale in the elderly point to a consistent and viable tool, which can promote advances in the health care of the elderly and the health team of primary health care. The importance of further studies that can validate the psychometric properties is reiterated, for the consolidation of the scale in professional performance in Primary Health Care (PHC). It is noteworthy that the proposed scale is intended for elderly people living in the community, and cannot consider the results presented in other populations. **CONCLUSION:** Although further research is still required to validate the psychometric properties and reliability of the scale, this study is a pioneer in the prevention of suicide among the elderly in the community, as it provides the PHC health team with tools to track (actively search) those in need. a situation of renunciation of life, giving them the opportunity to access treatments and care within the scope of mental health.

Descriptors: Aged; Depression; Suicide; Behavior Rating Scale; Geriatric Assessment.

Sumário

Apresentação	13
1 Introdução.....	15
1.1 Processo de envelhecimento e novo perfil demográfico	16
1.2 A depressão no idoso	20
1.3. O idoso entre as dimensões de segurança e de risco de vida/renúncia à vida	24
1.4 O suicídio.....	26
1.4.1 Trajetória histórica do suicídio	26
1.4.2 O suicídio no idoso: epidemiologia e fatores de risco	27
1.5 Mensuração do risco de suicídio no idoso com depressão não institucionalizado: revisão integrativa	30
2.1 Justificativa.....	33
2.2 Objetivos	33
2.2.1 Objetivos específicos	33
3.1 Tipo de pesquisa	34
3.2 Referencial metodológico para desenvolvimento da escala	34
3.2.1 Etapa 1 - Determinar claramente o que se pretende medir.....	34
3.2.2 Etapa 2 - Gerar conjunto de itens iniciais	35
3.2.3 Etapa 3 - Determinar o formato para medição.....	36
3.2.4 Etapa 4 - Dispor do conjunto de itens iniciais revisados por especialistas	36
3.2.5 Etapa 5 – Submeter conjunto de itens a um pré-teste.....	39
3.2.6 Etapa 6 - Submeter conjunto de itens a uma amostra de participantes	39
3.3 Análise das propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento de Renúncia à vida no idoso	40
3.3.1 Validade de constructo.....	40
3.3.2 Validade de Critério.....	42
3.3.3 Confiabilidade.....	43
3.3.4 Teoria de Resposta ao Item (TRI).....	44
3.4 Análise dos dados	44
3.5 Instrumento de coleta de dados.....	44
3.6 Preceitos éticos e de coleta de dados	45
4.1 Desenvolvimento da Escala de Rastreamento de Renúncia à vida no idoso	47
4.2 Análise das propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento de Renúncia à Vida no Idoso	60
4.3 Validade de constructo	64
4.4 Validade de critério	67
4.5 Teoria de Resposta ao Item	70
REFERÊNCIAS	77

ANEXOS E APÊNDICES	86
ANEXO A – Modelo teórico: Idosa com depressão e baixo apoio social na comunidade entre dimensões de segurança e risco de vida: autoavaliação autonomia-satisfação com a vida como componente interveniente	87
ANEXO B – Modelo teórico - Enfrentando o presente apoiado no passado ressignificado para projetar o futuro imediato: experiência de homens idosos com depressão e baixo apoio social.	100
ANEXO C - Avaliação funcional breve	108
ANEXO D - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)	110
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	112
APENDICE A – Contato – Geriatric Suicide Ideation Scale.....	116
APENDICE B – Escala de Rastreamento de Renúncia à vida no idoso – versão 1....	118
APÊNDICE C – Instrumento de avaliação da Escala de Rastreamento de Renúncia à Vida no Idoso	126
APENDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (versão painel de juízes).....	147
APÊNDICE E – DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ITENS DA ESCALA PROPOSTA	148
APENDICE G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – versão idosos	237
APÊNDICE H. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (Idosos).....	239
APENDICE I. Instrumento de avaliação da Escala Rastreamento de Renúncia à vida no idoso pela população alvo na etapa de pré-teste.....	240
APENDICE J - Escala de rastreamento de renúncia à vida no idoso (versão 3).....	247
APÊNDICE L - Relatório de Originalidade.....	252
APÊNDICE M - Correlação entre os itens por meio do coeficiente de correlação de postos (rho) de Spearman. Botucatu (SP), Brasil, 2021	254
PARTE 2 - Correlação entre os itens por meio do coeficiente de correlação de postos (rho) de Spearman. Botucatu (SP), Brasil, 2021.....	259
PARTE 3 - Correlação entre os itens por meio do coeficiente de correlação de postos (rho) de Spearman. Botucatu (SP), Brasil, 2021.....	263
APÊNDICE M - Escala de rastreamento de renúncia à vida no idoso (versão 4).....	265
APÊNDICE N – Manual de preenchimento da Escala de Renúncia à Vida no Idoso	268

Apresentação

Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva iniciou o curso de Bacharelado em Enfermagem em 2009, na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), após esforço individual apoiado pela família. Durante a graduação teve oportunidade de se inserir em grupos de pesquisa e extensão, fatos que repercutiram no seu amadurecimento pessoal e profissional.

No ano seguinte da finalização do curso de Bacharelado em Enfermagem, foi aprovada no programa de Mestrado Acadêmico da FAMEMA, na linha de pesquisa *“Aspectos biológicos, epidemiológicos e sociais relacionados ao envelhecimento e às doenças associadas”*, intitulada *Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos*, orientada pela Profa. Dra. Maria José Sanches Marin.

Durante o Mestrado realizou intercâmbio internacional com o apoio do Santander Universidades, por meio do Programa Fórmula Santander. Nessa oportunidade cursou disciplinas no programa da Escola Superior de Enfermagem do Porto e estagiou em uma clínica geriátrica privada (Centro Geriátrico e Comunitário Quintinha da Conceição).

A dissertação e a trajetória trilhada durante o mestrado ampliaram seu olhar e interesse sobre a saúde dos idosos. Haja vista que, com a mudança de perfil demográfico populacional, advêm novas demandas e necessidades.

No ano de 2015 finalizou o mestrado e iniciou carreira como Professora Adjunta no Centro Universitário de Lins (UNILINS), onde atua até o momento como professora de graduação em Enfermagem e Farmácia, coordenadora de graduação e de pós-graduação *lato sensu* na área da Enfermagem. A experiência profissional de docente lhe trouxe a oportunidade de lecionar acerca da temática Saúde do Idoso e atuar na Assistência de Enfermagem para a Prevenção e a Promoção da Saúde na Clínica de Enfermagem instalada no *Centro de Extensão e Ação Comunitária - CEAC “Prof. Edgar Paulo Pastorello”*.

Entre os anos de 2015 e 2016 orientou pesquisas de Iniciação Científica e Trabalhos de Conclusão de Curso relativas à saúde do idoso. Ademais, realizou dois cursos de especialização: Auditoria em Saúde e Gestão em Enfermagem.

Em continuidade a sua formação profissional, cursou duas disciplinas como aluna especial em Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP – Campus Botucatu), além de ter participado em grupos de pesquisa.

Nesse período, em conversa com a Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi,

aventou-se interesse na construção e validação de uma escala para rastreamento da renúncia à vida no idoso, fundamentada em modelos teóricos desenvolvidos pela professora na abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados, acerca da experiência de idosos com depressão, rastreados na comunidade.

Aceito o desafio e aprovada no processo seletivo de 2017, vem aqui apresentar o fruto desses quatro anos de estudos.

1 Introdução

Este estudo decorre da necessidade de se construir e validar instrumento, para a equipe interprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS), rastrear renúncia à vida de idosos brasileiros na comunidade, associada à possibilidade de realizá-lo a partir de modelos teóricos de suas experiências, apreendidos por meio da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

As projeções brasileiras indicam que, em 2031, o número de idosos se igualará ao de jovens e, em 2055, serão aproximadamente 70 milhões de pessoas⁽¹⁾, cenário que sinaliza a necessidade de profissionais da saúde capacitados a esse novo perfil epidemiológico. Nesse contexto, destacam-se as doenças mentais que comprometem preponderantemente a qualidade de vida na senescência, por afetarem a função cognitiva e a capacidade funcional⁽²⁾.

As mudanças advindas do processo de envelhecimento, fisiológicas e patológicas, podem contribuir para o desenvolvimento da depressão nos idosos⁽³⁾, hoje considerada problema de saúde pública, que acomete cerca de 154 milhões de pessoas em todo o mundo. Estudos indicam aumento da incidência de depressão entre os idosos e associação significativa com idade, raça e atividade física⁽⁴⁾.

As manifestações clínicas da depressão na terceira idade, quando comparadas ao adulto, não são tão evidentes, por envolverem aspectos de ordem biológica, psicológica e social, muitas vezes, relacionados às mudanças no estilo de vida do idoso⁽⁵⁻⁶⁾ e comprometimento da capacidade funcional⁽⁷⁾.

Ademais, quando a depressão está associada a doenças crônicas, aumenta a morbidade e a mortalidade, acarretando sobrecarga psíquica e financeira para o indivíduo, família e sistema de saúde⁽⁸⁾. Nesse contexto, cabe destacar a maior vulnerabilidade dessa população às doenças crônicas e às perdas e eventos negativos acumulados ao longo da vida⁽⁷⁾; os quais, associados, alavancam as taxas de suicídio⁽⁹⁾.

Estima-se, em idosos, uma morte a cada quatro tentativas de suicídio no mundo, sendo a etiologia multifatorial, combinação de morbidades físicas, mentais e sociais. A psicoterapia é menos solicitada em idosos do que em grupos populacionais mais jovens⁽⁷⁾. Assim, a obtenção satisfatória nas ações de prevenção deve visar a redução do sofrimento, participação ativa na sociedade e busca pela autonomia. O estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e da intersetorialidade são estratégias fundamentais para efetivação das ações⁽¹⁰⁾.

No Brasil, o risco de suicídio é quatro vezes maior entre os homens (8,7/100 mil

habitantes) do que entre as mulheres (2,4/100 mil habitantes). A mortalidade prevalece em idosos com mais de 70 anos (8,9/100 mil habitantes), comparada a todos os demais grupos etários. Cabe destacar a taxa de 7,7/100 mil habitantes nos idosos de 60 a 69 anos⁽¹¹⁾.

Levando-se em conta o fenômeno do envelhecimento populacional, a dificuldade apresentada no diagnóstico da depressão, pelos serviços de saúde e o aumento da incidência de suicídio entre pessoas idosas, entende-se a necessidade de instrumentalizar profissionais da saúde, para o rastreamento do risco de suicídio, na população idosa assistida na comunidade.

A contento, apresenta-se o estado da arte relativo ao objeto investigado.

1.1 Processo de envelhecimento e novo perfil demográfico

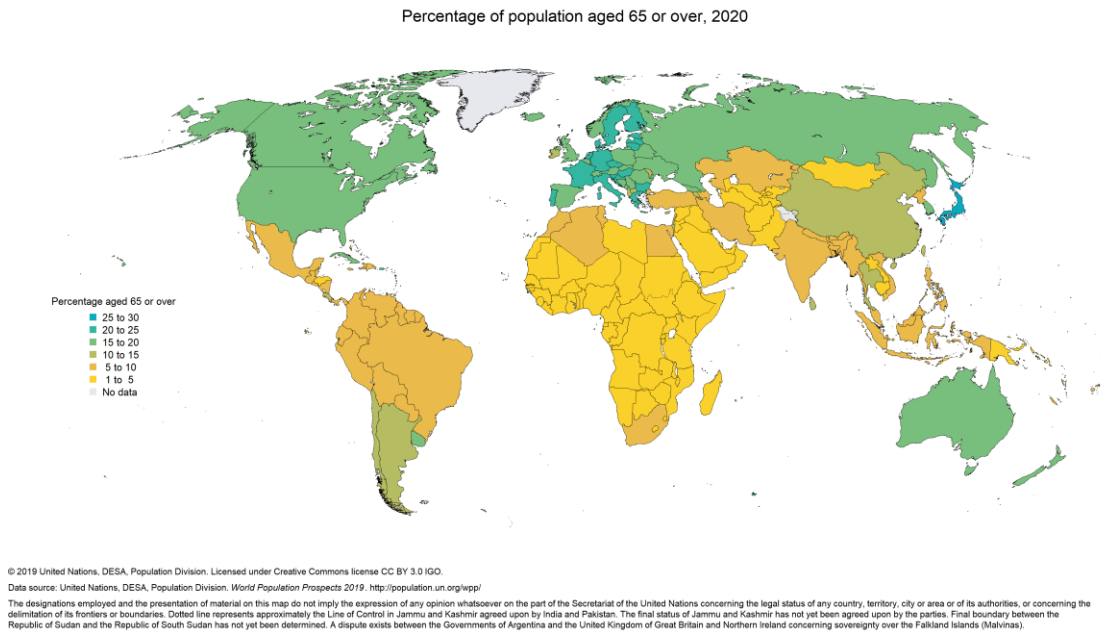
O processo de envelhecimento acarreta mudanças e/ou perdas dentro do aspecto biológico, social, econômico e psicológico. Entender delas é fundamental no cuidado com idosos; consiste num processo de deterioração gradativa presente nos seres vivos. Para definir “idoso”, o critério cronológico (idade cronológica) é adotado, mundialmente, por sua alta aplicabilidade, adequabilidade e adaptabilidade em políticas diversas, no âmbito da saúde, da economia, dentre outros. Na contramão do critério cronológico, a “idade gerontológica” é definida pelo risco de morte ou força da mortalidade, considerando o estado de saúde apresentado. Esse conceito é mais complexo e mais difícil de ser medido e/ou padronizado, comparado ao critério cronológico, justificando, assim, a sua pouca utilização. Porém, considera as características individuais do processo de envelhecimento, haja vista que o ritmo dele é diferente entre as pessoas^(12,13).

No panorama internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera “idoso” o indivíduo com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento (Exemplos: Brasil, Chile, Argentina) e, com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos (Japão, Estados Unidos da América, Suécia). No panorama nacional, também baseado no critério cronológico, o Estatuto do Idoso⁽¹⁴⁾ e a Política Nacional do Idoso⁽¹⁵⁾ definem “idoso” como aquele com 60 anos ou mais.

Nas regiões mais desenvolvidas, os idosos representam, aproximadamente, 20% da população, com projeção para que, em 2050, cheguem a 26,9% e, 29,8%, em 2100. Nos países em desenvolvimento, eles representam 3,6% da população, com projeção de que, em 2050, atinjam 6,4%, e, em 2100, cheguem a 15,3%⁽¹⁶⁾, conforme pode ser verificado nas figuras 1 e 2. Atualmente, no Brasil, os idosos constituem 9,6% da população, com perspectiva de crescimento em 2050 para 22,7% e 34,1% em 2100⁽¹⁷⁾. Esse novo perfil populacional é

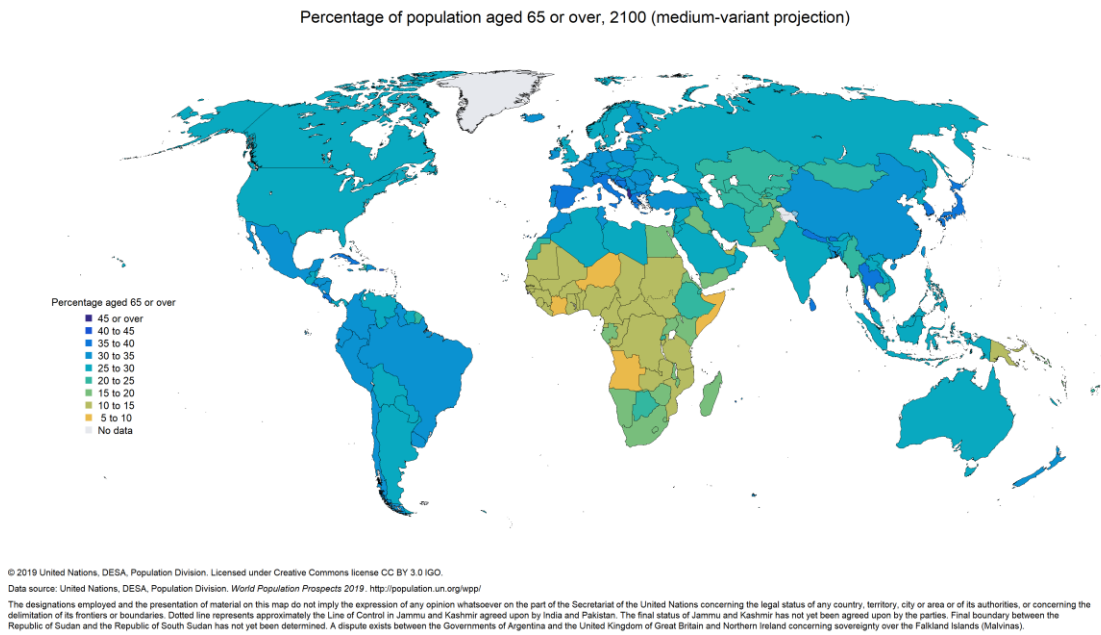
facilmente identificado na mudança estrutural da pirâmide etária, conforme pode-se constatar na figura 3.

Figura 1 – Percentual de idosos (indivíduos acima de 65 anos) na perspectiva mundial em 2020.



Fonte: Nações Unidas, 2019⁽¹⁶⁾

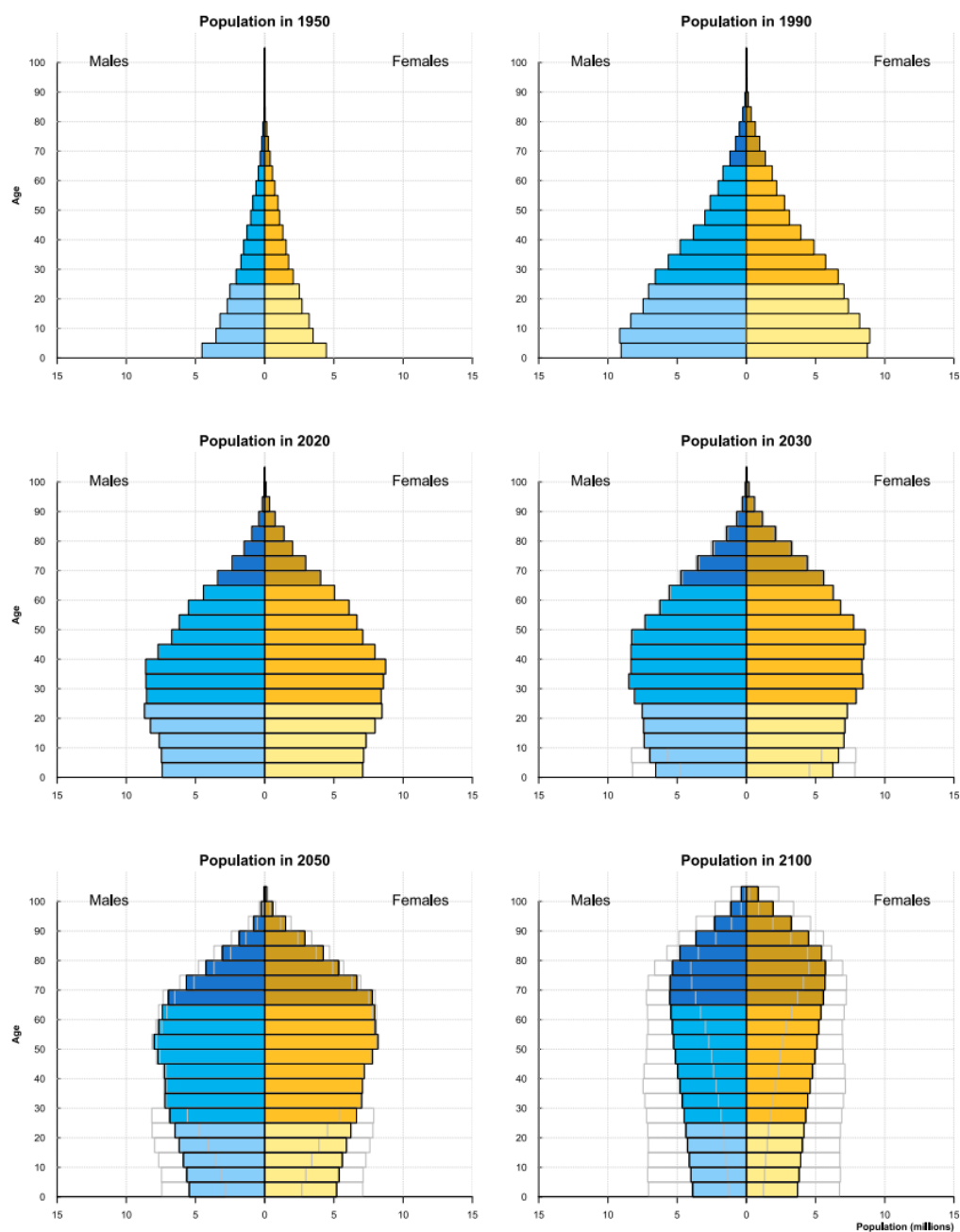
Figura 2 – Percentual de idosos (indivíduos acima de 65 anos) na perspectiva mundial para 2100.



Fonte: Nações Unidas, 2019⁽¹⁶⁾.

Figura 3 – Transição demográfica ilustrada através da pirâmide etária brasileira, no período entre 1950 e 2100 (projeções).

Brazil



Medium-variant projections for 2020-2100 are shown as thin coloured lines, and uncertainty is shown in lighter shades for 95 per cent prediction intervals.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division
World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles

2

Fonte: Nações Unidas, 2019⁽¹⁷⁾.

O fenômeno do envelhecimento mundial advém da transição demográfica e epidemiológica, evidenciado pela redução das taxas de fecundidade, de natalidade e de mortalidade, o que acarreta no menor número de jovens ingressando na população⁽¹⁸⁾, e pode

ser evidenciado pela mudança na expectativa de vida ao nascer que, no ano de 2000 era de 67 anos, com projeção para 78 anos em 2050, e de 82 anos, em 2100⁽¹⁶⁾.

Corroborando com a realidade mundial, no Brasil esse indicador era de 70 anos em 2000, e as projeções indicam que saltará para 82 anos em 2050 e 88 anos em 2100⁽¹⁷⁾. Esse cenário requer mudanças e reorganização do sistema de saúde, visando suprir novas demandas e necessidades particulares desse novo perfil demográfico populacional⁽¹⁸⁾.

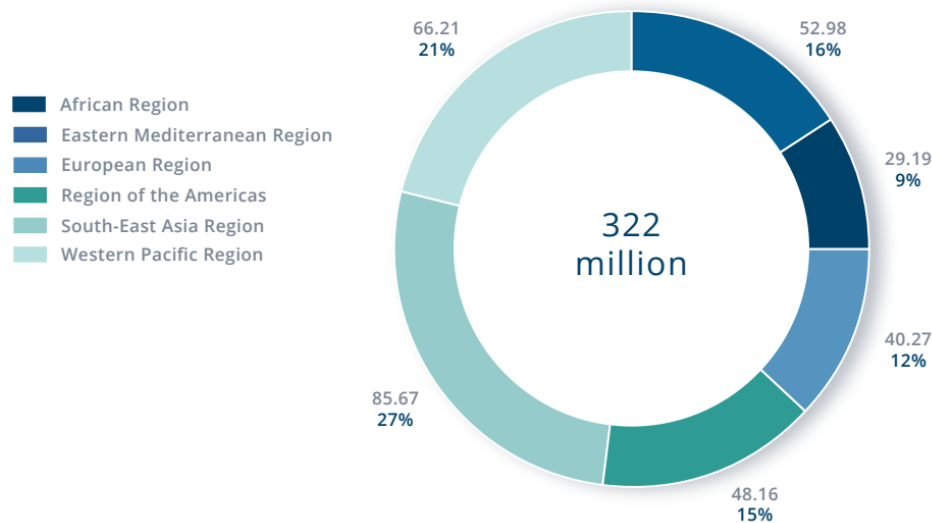
1.2 A depressão no idoso

Estima-se que 4,4% da população mundial ou 322 milhões de indivíduos convivam com a depressão, com diferentes prevalências dentre as regiões, conforme evidenciado na figura 4, na qual, a região das Américas representa 15% dos casos. A estimativa de prevalência no Brasil é de 5,8%⁽¹⁹⁾.

Considerada como um problema de saúde pública mundial, a depressão aumentou 18,4% em 10 anos (2005-2015), acarretando grandes consequências à qualidade de vida das pessoas e aos sistemas de saúde, haja vista que é considerada como maior contribuinte global para as causas de deficiência e o principal contribuinte para o suicídio⁽¹⁹⁾.

Figura 4 – Prevalência do transtorno depressivo por regiões.

**Cases of depressive disorder (millions),
by WHO Region**

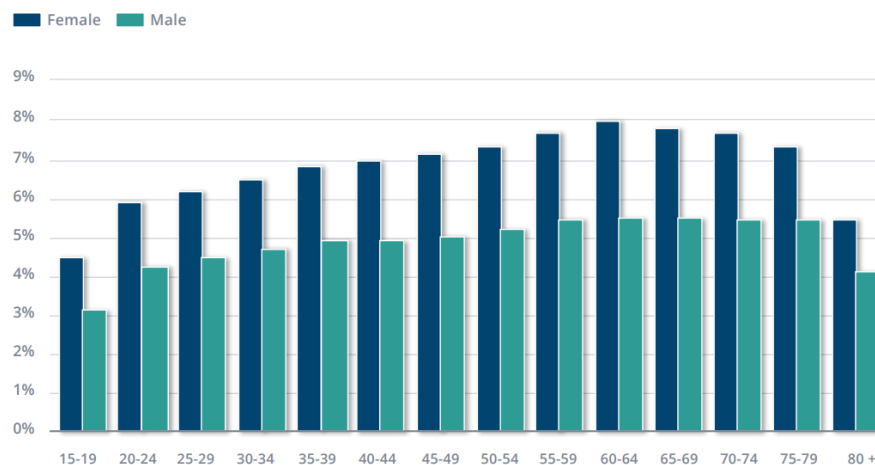


Fonte: OMS, 2017⁽¹⁹⁾

Dados indicam maior prevalência entre as mulheres e adultos, de 55 a 74 anos, como pode ser observado na figura 5.

Figura 5 – Prevalência do transtorno depressivo por regiões, considerando idade e sexo.

Global prevalence of depressive disorders, by age and sex (%)



Fonte: OMS, 2017⁽¹⁹⁾

Trata-se a depressão de um transtorno persistente ou recorrente, desencadeando em estresse psicossocial ou fisiológico da doença. Além de um problema de saúde pública, é de difícil diagnóstico na população idosa, devido às mudanças advindas junto do envelhecimento, que dificultam a identificação dos sintomas depressivos e manejo adequado^(12,20). É importante destacar que alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento, como a

alteração na concentração dos neurotransmissores no sistema nervoso central, podem contribuir para a ocorrência de depressão no idoso⁽¹²⁾.

Dentro dos continentes asiático, africano e americano, encontrou-se a prevalência dos sintomas depressivos em idosos, com variação de 30 a 62%, associada aos seguintes fatores de risco: idade, estado civil (solteiro), falta de apoio social, baixo nível socioeconômico, sexo (feminino), viver sozinho, história prévia de depressão, presença de doença crônica e abuso de substâncias, dentre outros, seja no âmbito biológico, psicológico ou sociológico^(12,21-26).

Acrescenta-se que, com o prolongamento da vida, o idoso vive momentos de perdas significativas mais frequentemente, como falecimento de amigos, vizinhos e do cônjuge. Associado às mudanças na rotina, como a não ida ao trabalho, redução da rede de amizades que o expõe a fatores que favorecem o desenvolvimento da depressão⁽²⁶⁾.

A ocorrência dessa doença em idosos impacta negativamente na capacidade funcional e qualidade de vida, além de aumentar a taxa de suicídio. Haja vista que o estresse e os eventos cotidianos, acima citados, tornam-se gatilhos para a depressão aparecer na velhice^(9,26).

Considerando o cenário atual e perspectiva de crescimento da população idosa, e o impacto negativo que o transtorno depressivo ocasiona, concluiu-se premente a abordagem da temática nos serviços de saúde, com ênfase na Atenção Primária de Saúde (APS), visando a autonomia e participação ativa do idoso na comunidade⁽²⁷⁾.

Os critérios para diagnóstico de depressão são baseados na Classificação Internacional das Doenças, versão 10 (CID-10) e no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (DSM-5) ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Consiste em transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente, mais frequentes em adultos. O transtorno depressivo maior é caracterizado por episódios distintos de duas semanas pelo menos, envolvendo alterações de afeto, cognição e em funções neurovegetativas. O diagnóstico é feito com critérios, no qual é necessária a presença de cinco ou mais sintomas durante o período de duas semanas⁽²⁸⁾.

Seguem abaixo os critérios diagnósticos segundo DSM-5⁽²⁸⁾:

- I. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (apresenta-se choroso);
- II. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas);

- III. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;
- IV. Insônia ou hipersonia, quase todos os dias;
- V. Agitação ou retardo psicomotor, quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
- VI. Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
- VII. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes), quase todos os dias (não meramente autorrecreinação ou culpa por estar doente);
- VIII. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas);
- IX. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

O transtorno depressivo maior está relacionado com alta mortalidade e uma das causas disso se deve ao índice alto de suicídios. É frequente, nesses indivíduos, a tendência ao choro, irritabilidade, inquietação, ruminação excessiva, ansiedade, fobias, preocupação excessiva com a saúde física e queixas de dor⁽²⁸⁾.

O transtorno depressivo persistente, ou distímia, consiste na forma mais crônica da depressão, quando a perturbação do humor continua por, pelo menos, dois anos. Segundo DSM-5⁽²⁸⁾ têm-se os seguintes critérios diagnósticos:

- A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos.
- B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:
 - 1. Apetite diminuído ou alimentação em excesso;
 - 2. Insônia ou hipersonia;
 - 3. Baixa energia ou fadiga;
 - 4. Baixa autoestima;
 - 5. Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões;
 - 6. Sentimentos de desesperança.
- C. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses.
- D. Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por

dois anos.

E. Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico.

F. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizo-afetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado, ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (hipotireoidismo).

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Na perspectiva do tratamento da depressão geriátrica, as possibilidades incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas⁽²⁹⁾. As medidas farmacológicas, incluem diferentes classes de agentes farmacológicos e que, ao serem prescritos pelo profissional, devem ser atentamente avaliados, haja vista que podem ocorrer interações medicamentosas e efeitos colaterais^(12,30).

Dentro de uma revisão⁽²⁹⁾, as medidas farmacológicas apresentaram aspectos mais negativos em comparação às intervenções psicossociais (exercícios e atividades sociais), as quais parecem proporcionar efeitos melhores e mais duradouros. Os autores da revisão acrescentam, ainda, que apoiar o idoso na autogestão da doença, na presença de sintomas leves, parece ser mais aceitável do que formas tradicionais de tratamento.

Outro ponto importante que deve ser considerado é a ideação suicida, que vem sendo associada à presença de sintomas depressivos e depressão no idoso⁽³¹⁻³⁴⁾. Nessa problemática, aponta-se a insuficiência da disponibilidade de tratamento em saúde mental nos serviços da APS, sendo fundamental proporcionar ferramentas aos profissionais, considerando o papel da APS na prevenção do suicídio, por meio do rastreamento de fatores de risco, seguido de intervenções⁽³⁵⁻³⁷⁾.

1.3. O idoso entre as dimensões de segurança e de risco de vida/renúncia à vida

Para a construção dos itens, utilizaram-se modelos teóricos apreendidos da experiência de dois grupos amostrais de idosos, feminino e masculino, avaliados em áreas adscritas à Estratégia Saúde da Família (ESF), com depressão, baixo apoio social e cognição preservada.

Contudo, empregou-se majoritariamente a estrutura do modelo teórico das mulheres, uma vez melhor configurado, tendo em vista a dificuldade que os homens tiveram de expressarem em profundidade experiências quanto a segurança e risco à vida⁽¹¹⁾.

Na estrutura do modelo teórico das mulheres emergiram duas dimensões, sendo elas: de segurança e de risco à renúncia à vida, no qual a idosa se movimenta mediada por autoavaliações interdependentes de exercício da autonomia – satisfação com a vida, segundo indicadores que a habilita a julgar-se *fortalecendo* ou *declinando em tal interação*, e, conseqüentemente para os desfechos *declarando-se perseverante* ou *renunciando à vida silenciosamente*, a partir dos indicadores: (1) autogovernalidade, (2) comprometimento com sua saúde e (3) engajamento com o seu projeto de vida⁽¹¹⁾.

Declarando-se perseverante retrata o movimento da experiência daquela idosa que, mesmo com depressão e baixo apoio social, mantém a capacidade de mobilizar-se por preservação de sua autogovernalidade, em face de o risco percebido de tê-la reduzida. Ela reconhece na sua autonomia a condição essencial para manter-se persistente na vida, por resguardar habilidade de lidar com desafios e, conseqüentemente perseverar, por meio de ações significativas para si, família e sociedade, traduzindo sua potencialidade para o exercício do direito moral, intelectual/psíquico e físico, de continuar tomando as suas decisões, sem encontrar imposições restritivas, para usufruir de liberdade e independência de movimento⁽¹¹⁾.

Ao passo que as idosas que se alocam na dimensão de risco à vida encontram-se *renunciando à vida silenciosamente*, ou seja, reproduzem o movimento contrário daquelas que perseveram pela vida. Elas apresentam ações para a autodestruição, na maioria das vezes, velados da família e da sociedade, de idosa que perdeu ou teve reduzido o exercício de sua autonomia. Desmotivada sem vislumbrar possibilidades de amenizar seus sofrimentos e, portanto, não encontrando prazer e sentido para o contexto de vida, opta por desistir da mesma. Esse movimento agrupam componentes característicos e concatenados em sua experiência:

desmotivando-se com o declínio da autonomia; não se reconhecendo apoiado por rede social e de saúde; sentindo-se frustrada com lembranças; perdendo a satisfação com a vida, em face de a desesperança de aliviar sofrimentos⁽¹¹⁾.

Esses foram os fundamentos teóricos norteadores na construção da Escala de Renúncia à Vida do Idoso, fomentada por *pool* de itens para a variável latente *renúncia à vida*, agora reunidos para a sua organização inicial, em três dimensões: (1) autogovernalidade, (2) comprometimento com a saúde; (3) engajamento com o projeto de vida.

1.4 O suicídio

1.4.1 Trajetória histórica do suicídio

Durkheim, em sua obra *El suicidio*⁽⁴³⁾, define suicídio como “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. Associa o ato com diversos fatores sociais extras, tais como: loucura, raça, hereditariedade, clima, temperatura, sazonalidade e a imitação. Para ele, o suicídio se constitui em um fenômeno coletivo, assim, para a sua compreensão, variações geográficas deveriam ser consideradas, além dos diferentes estados dos meios sociais.

Para Durkheim, existe uma disposição social para o suicídio (*le courant social au suicide*), isto é, uma tendência dos grupos sociais para o suicídio, isoladamente das suas manifestações individuais⁽⁴³⁾.

O termo *suicídio* surge na Inglaterra somente no século XVII, mas os relatos de morte voluntária, como era nomeado anteriormente, são identificados desde a Idade Média. Dentro da Filosofia, Sociologia e Antropologia, podem-se encontrar inúmeras reflexões sobre a ideação suicida^(44,45).

Platão e Aristóteles possuíam visão dicotômicas sobre o suicídio. O primeiro, com visão pouco definida, com tendência à permissividade; enquanto que, o segundo, condenava-o, alegando ato de injustiça contra si e a sociedade, e gesto de covardia^(44,45).

Na Idade Média, verificaram-se 54 registros de suicídio em três séculos. Miséria, doença, sofrimento físico, medo da punição, desonra, recusa da humilhação, amor e ciúme eram motivos e/ou razões que levavam à sua prática, indicando associação com sofrimento físico e moral. Os meios para a consolidação da morte voluntária eram o enforcamento, seguido de

afogamento, facada e precipitação⁽⁴⁴⁾.

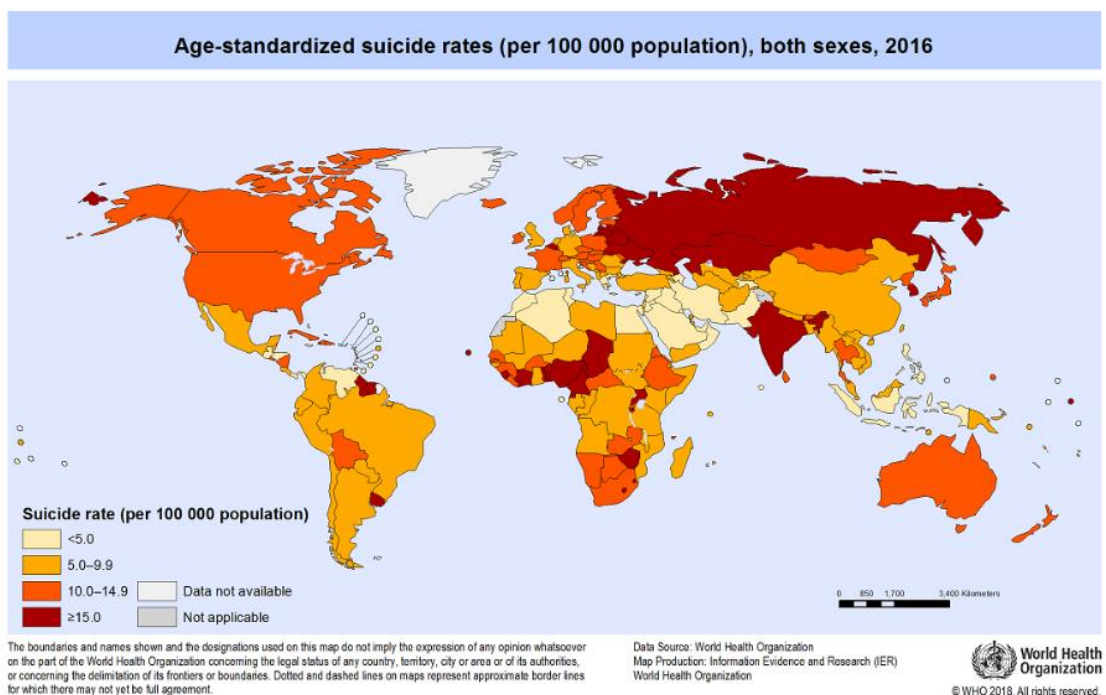
Com o avanço da história advém a visão protestante, “demonizando” o ato suicida. Já na Renascença, período caracterizado pela busca crescente do conhecimento, desencadeiam-se sentimentos de desilusão ao se constatar a limitação da mente humana. O individualismo e a solidão são sentimentos já evidentes naquela época⁽⁴⁴⁾.

Até o século XVIII, o suicídio, lentamente, foi reconhecido como fator social que devia ser abordado sem preconceitos, visando à compreensão. O tema era discutido na sociedade, embora continuasse a ser descriminalizado. O cenário altera-se no século XIX, quando o suicídio se torna ato proibido, contra a natureza, seja no âmbito da Religião, da Medicina ou da Filosofia. Todo o movimento reflexivo construído previamente acerca do suicídio é desconsiderado, apesar disso, surgem milhares de títulos, livros e artigos, sobre o ato suicida no período⁽⁴⁴⁾.

1.4.2 O suicídio no idoso: epidemiologia e fatores de risco

O suicídio apresenta tendência crescente em todo o mundo, configurando-se como problema de saúde pública relevante. De acordo com dados da OMS, o Brasil apresentava índice de suicídio de 9,7/100 mil hab, no ano de 2016. Na figura 6, pode ser observado que a maior parte dos países apresenta índices de suicídio igual ou superior 5/100 mil hab⁽⁴⁶⁾.

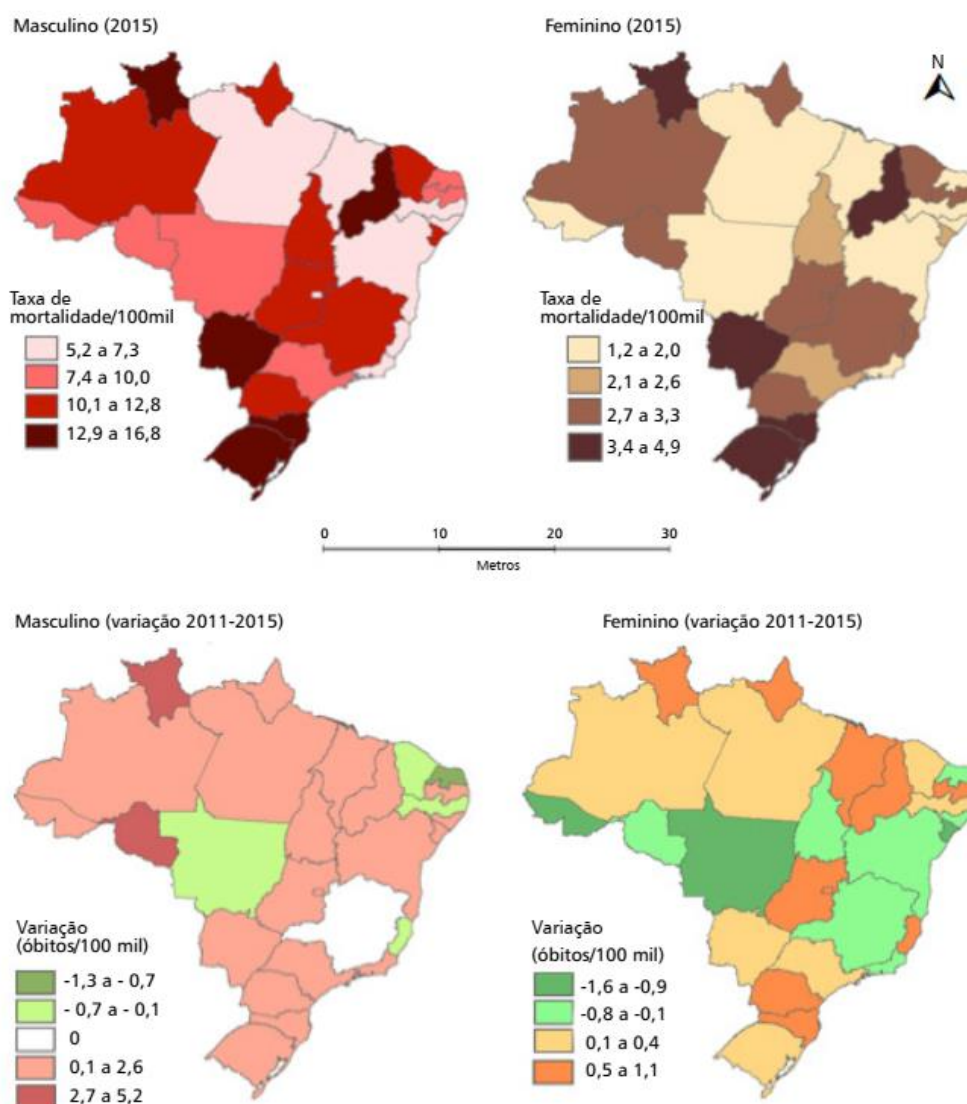
Figura 6 – Índice de suicídio por 100 mil/hab em ambos os sexos, 2016.



Fonte: OMS, 2019⁽⁴⁶⁾

Dados nacionais⁽¹¹⁾ evidenciam que a taxa geral de suicídios era de 5,7/100 mil habitantes em 2015, com maior frequência entre homens, e na faixa etária de 70 anos ou mais. Adiciona-se a isso que o índice de óbitos por suicídio vem crescendo em todo o território brasileiro, conforme pode ser observado na figura 7.

Figura 9 – Variação dos índices de óbitos por suicídio entre os anos de 2011 – 2015.



Fonte: SIM (óbitos) e IBGE (população).
 Nota: Taxa e variação da taxa = número de óbitos / 100 mil hab.
 *Taxa de mortalidade por suicídio de 2015 – taxa de mortalidade por suicídio de 2011.

Fonte: Brasil, 2017(47)

A análise temporal evidenciou tendência da mortalidade por suicídio em idosos, estatisticamente significativa, associada ao isolamento social, solidão e tristeza⁽⁴⁸⁾.

São fatores de risco para o suicídio, no idoso, o diagnóstico de depressão, a presença de sintomas depressivos ou doença terminal, existência de problemas de saúde física, baixo poder econômico, sexo feminino, estado civil (solteiro), sofrimento psicológico, isolamento social, baixos níveis de atenção e estado cognitivo^(33,49–52). Enquanto que os protetores são: rede de apoio social positiva, estado civil (casado) e a religiosidade⁽³³⁾.

1.5 Mensuração do risco de suicídio no idoso com depressão não institucionalizado: revisão integrativa

Da revisão integrativa da literatura de artigos publicados em inglês, português e espanhol, de 1º/01/2012 a 31/12/2019, nas bases de dados MedLine (*PubMed*), *Web of Science*, *CINAHL*, *SCOPUS*, localizaram-se seis instrumentos para avaliar comportamento e ideal suicida em idosos não institucionalizados. Desses, classificaram-se apenas dois como escalas específicas, *5-item GDS subscale* e *Geriatric Suicide Ideation Scale*, conforme disposto no Quadro 1⁽⁵³⁾.

Ambas as escalas não se encontram validadas transculturalmente para o português do Brasil, portanto a equipe multiprofissional de saúde brasileira não conta com instrumento validado para avaliação do risco de suicídio do idoso que vive na comunidade, evidenciando uma lacuna do conhecimento. Diante do novo perfil epidemiológico da população mundial, no qual se destaca o crescimento do número de idosos, a necessidade de exploração da presente temática se reforça ainda mais, haja vista que o índice de suicídio vem crescendo entre eles, assim como em todos os grupos populacionais.

Em face do resultado, consultou-se um dos autores da escala *Geriatric Suicide Ideation Scale* (GSIS) sobre o interesse e autorização para se realizar a validação transcultural para o português do Brasil. Contudo ele aconselhou que se investisse na construção e validação de instrumento fundamentado em itens decorrentes da experiência de idosos brasileiros, conforme Apêndice A.

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação do risco de suicídio com medidas psicométricas e nível de evidência segundo autores, título, periódico e ano de publicação, indexados nas Bases de Dados (PubMed, Web of Science, CINAHL, SCOPUS), de 1º/01/2012 a 31/12/2019. Botucatu, 2019.

Referência	Instrumento	Objetivo	Medidas psicométricas	Nível de evidência científica
Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for suicide ideation among older primary care patients. J Am Board Fam Med. 2010; 23	5-item GDS subscale	Identificar ideias suicidas entre os idosos na Atenção Primária de Saúde.	Sensibilidade: 0,796 Especificidade: 0,804 AUC: VPP: 0,335 VPN: 0,970 Consistência interna: 0,68 (Alfa de Cronbach)	4
Ntountoulaki E, Guthrie E, Kotsis K, Paika V1, Tatsioni A, Tomenson B, Fountoulakis KN, Carvalho AF, Hyphantis T. Double RASS cutpoint accurately diagnosed suicidal risk in females with long-term conditions attending the emergency department compared to their male counterparts. Compr Psychiatry. 2016	Risk Assessment Suicidality Scale (RASS)	Avaliação do comportamento suicida na população em geral.	Sensibilidade: 0,813 Especificidade: 0,818 AUC: 0,89 VPP: 0,0446 VPN: 0,0023 Consistência interna: 0,79 (Alfa de Cronbach)	6
Trivedi MH, Wisniewski SR, Morris DW, Fava M, Gollan JK, Warden D, Nierenberg AA, Gaynes BN, Husain MM, Luther JF, Zisook S, Rush AJ. Concise Health Risk Tracking scale: a brief self-report and clinician rating of suicidal risk. J Clin Psychiatry. 2011; 72	Concise Health Risk Tracking Self-Report (CHRT)	Avaliar o risco de suicídio em pacientes com transtorno depressivo maior unipolar.	Consistência interna: 0,78 (Alfa de Cronbach)	4
Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011; 168	Columbia – Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Avaliar a severidade e rastrear as mudanças na ideação e comportamento suicida.	Não disponível	4
Keith M.H, Jia-Jia Syu, Owen D. Lello, YLEC, Christopher HW, Roger	Suicidal Affect-Behavior-	Desenvolver melhoria	Consistência interna: 0,86 – 0,91 (Alfa de Cronbach)/ Split-Half = 0,90- 0,94	4

HMHo. The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations. PLOS ONE. 2015; 10	Cognition Scale (SABCS)	incremental na SABCS.	Variância: 0,617 – 0,766	
Heisel MJ1, Flett GL. The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. Am J Geriatr Psychiatry. 2006; 14	Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS)	Avaliar de modo multidimensional a ideação suicida e fatores relacionados em idosos.	Consistência interna, 0,93 (Alfa de Cronbach)	4

6 CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional já é um fenômeno conhecido e estudado, que vem trazendo diversas demandas quanto ao novo perfil demográfico populacional a ser atendido. Ciente desse contexto, e sabendo que a depressão em idosos se constitui um problema de saúde pública, o presente estudo teve como objetivo a construção e a avaliação das propriedades psicométricas de Escala de Rastreamento de renúncia à vida no idoso.

A Escala de Rastreamento de renúncia à vida no idoso, proposta por este estudo, apresentou evidências de validade de constructo e critério, conforme preconizam os parâmetros psicométricos. As técnicas estatísticas confirmaram indicadores psicométricos satisfatórios, com alta confiabilidade. Mostrou índices de fidedignidade, sensibilidade e especificidade significativos considerando o sexo e faixa etária.

Por fim, após todo o delineamento metodológico, conclui-se que as propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento de renúncia à vida no idoso apontam para uma ferramenta consistente e viável, que poderá promover avanços na assistência à saúde das pessoas idosas e da equipe de saúde da Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1o de julho de 2019. Rio de Janeiro; 2019.
2. Soares MRP, Soares TP, Fernandes FG, Istoe RSC. The depression in the process of senescence and the fragility of the cognitive family support. I Seminário de Saúde Mental do Norte e Noroeste Fluminense [Internet]. 2019;6(5):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v6n5a1>.
3. Santos MC, Santos MAM. Depressão em idosos. Rev de Saúde da ReAGES. 2019; 2(4): 40-45.
4. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depression in the elderly: a systematic review of the literature. Rev Epidemiol e Control Infecção [Internet]. 2016;6(2):1–7. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6427>.
5. Drago SMMS, Martins RML. A Depressão no Idoso. Millenium [Internet]. 2019; 43: 79-94. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4126261.pdf>
6. Souza DB, Serra AJ, Suzuki FS. Physical Activity and Depression Level in Elderly. Rev Bras Ciências da Saúde [Internet]. 2012;16(1):3–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.01.01>.
7. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: Current perspectives. Clin Interv Aging [Internet]. 2018;13:701–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S130670>
8. Ozaki Y, Sposito APB, Bueno DRS, Guariento ME. Depression and chronic diseases in the elderly. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2015;13(2):149–53. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n2/a4748.pdf>
9. Gameiro GR, Minguini IP, Alves TCTF. O papel do estresse e de acontecimentos cotidianos para o desenvolvimento da depressão na terceira idade. Rev Med [Internet]. 2014;93(1):31. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i1p31-40>.
10. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in primary health care. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2019;24(4):1369–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
11. BRASIL M da S. Setembro Amarelo - Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Ministério da Saúde [Internet]. 2017;34. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>

12. Kane, R.L.; Ouslander, JG; Abrass, IB; Resnick B. Fundamentos da Geriatria Clínica. 7 ed. Porto Alegre: AMGH Editora; 2015. 528 p.
13. OMS. Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento. 2019;
14. Brasil. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
15. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. 2006;1–12. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
16. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles [Internet]. 2019;II:1–5. [cited 2022 Feb 15]. Available from: [https://population.un.org/wpp/Graphs/1_Demographic Profiles/World.pdf](https://population.un.org/wpp/Graphs/1_Demographic%20Profiles/World.pdf)
17. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: Brazil, Volume II: Demographic Profiles [Internet]. 2019;II:1–6. [cited 2022 Feb]. Available from: [https://population.un.org/wpp/Graphs/1_Demographic Profiles/Brazil.pdf](https://population.un.org/wpp/Graphs/1_Demographic%20Profiles/Brazil.pdf)
18. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2016;19(3):507–19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
19. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization [Internet]. 2017;1(1):1–24. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Centre Policy Ageing. Ageism and age discrimination in secondary health care in the United Kingdom: A review from the literature. Cent Policy Ageing [Internet]. 2009; 73p. Available from: http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-ageism_and_age_discrimination_in_secondary_health_care-report.pdf
21. Paul NSS et al. Depression among geriatric population; the need for community awareness. Clin Epidemiol Glob Health [Internet]. 2019;7(1):107–10. Available from: <http://dx.doi.org/0.1016/j.cegh.2018.02.006>
22. Arslantas D, Ünsal A, Ozbabalik D. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2014;14(1):100–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12065>.
23. Pilania M, et al. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997-2016: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 2019;19(1):1–18. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z>

24. Aly HY, et al. Depression among the elderly population in Sohag governorate. *Saudi Med J* [Internet]. 2018;39(2):185–90. Available from: [https://doi:10.15537/smj.2018.2.21353](https://doi.org/10.15537/smj.2018.2.21353)
25. Silva MR, Ferretti F, Pinto SS, Tombini Filho OF. Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. *Br J Pain* [Internet]. 2018;1(4):293–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180056>
26. Sousa KA de, Freitas FFQ, Castro AP de, Oliveira CDB, Almeida AAB de, Sousa KA de. Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the Family Health Strategy. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2017;21:e1018. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20170028>.
27. Ng CWM, How CH, Ng YP. Major depression in primary care: Making the diagnosis. *Singapore Med J* [Internet]. 2016;57(11):591–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2016174>
28. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5. 5 ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2014. 976p.
29. Nair P, Bhanu C, Frost R, Buszewicz M, Walters KR. A Systematic Review of Older Adults' Attitudes Towards Depression and Its Treatment. *Gerontologist* [Internet]. 2020;60(1):E93–104. Available from: [http:// :http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnz048](http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnz048).
30. Lackamp J, Schlachet R, Sajatovic M. Assessment and management of major depressive disorder in older adults. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2016;28:95–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27663815/>
31. Sun WJ, Xu L, Chan WM, Lam TH, Schooling CM. Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: A Hong Kong cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2012;47(4):505–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0362-z>.
32. Smith EG, Kim HM, Ganoczy D, Stano C, Pfeiffer PN, Valenstein M. Suicide risk assessment received prior to suicide death by veterans health administration patients with a history of depression. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2013;74(3):226–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12m07853>.
33. Deuter K, Procter N, Evans D, Jaworski K. Suicide in older people: Revisioning new approaches. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2016;25(2):144–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12182>
34. Kim JH, et al. Gender differences in depressive symptom profile: Results from nationwide general population surveys in Korea. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2015;30(11):1659–66. Available from:

<http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2015.30.11.1659>

35. Nicholson NR. A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev* [Internet]. 2012;33(2–3):137–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>.
36. Roggenbaum S, Christy A, LeBlanc A. Suicide assessment and prevention during and after emergency commitment. *Community Ment Health J* [Internet]. 2012;48(6):741–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-011-9428-3>.
37. Raue PJ, Ghesquire AR, Bruce ML. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2014;16(9). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>.
38. Bocchi SCM. Idosa com depressão e baixo apoio social na comunidade: movendo-se entre dimensões de segurança e risco de vida [tese de livre-docência]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu "Júlio de Mesquita Filho"; 2016 Portuguese
39. Camargo CC, Pintscher CB, Arakaki SH, Spiri WC. The profile of the elderly assisted by the Family Health Strategy in Botucatu-SP. *Geria & Gerontologia* [Internet]. 2012;6(4). Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v6n4a04.pdf>
40. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994;52(1):01–7. Available from: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/?lang=pt&format=pdf>
41. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005;39(6):918–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
42. Griep RH, et al. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad saúde pública* [Internet]. 2005;21(3):703–14. Available from: https://www.researchgate.net/publication/7870353_Construct_validity_of_the_Medical_Outcomes_Study's_social_support_scale_adapted_to_Portuguese_in_the_Pro-Saude_Study
43. Durkheim É. O Suicídio - Estudo de Sociologia. São Paulo; 2000. p. 275.
44. Minois G. História do Suicídio - A sociedade ocidental diante da morte voluntária. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp; 2018. 414 p.
45. Gutierrez DMD RJ. Suicídio: Diálogos Interdisciplinares. 1 ed. Manaus: EDUA; 2018. 391 p.
46. WHO. Suicide in the world: Global Health Estimates. World Heal Organ [Internet].

- 2019;32. Available from:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>
47. BRASIL M da S. Boletim Epidemiológico. Interface - Comun Saúde, Educ. 2017;48(30).
 48. Santos EG de O, Oliveira YOM da C, Azevedo UN de, Nunes AD da S, Amador AE, Barbosa IR. Spatial temporal analysis of mortality by suicide among the elderly in Brazil TT - Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2017;20(6):845–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600845%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600845&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 49. Ntountoulaki E, Guthrie E, Kotsis K, Paika V, Tatsioni A, Tomenson B, et al. Double RASS cutpoint accurately diagnosed suicidal risk in females with long-term conditions attending the emergency department compared to their male counterparts. Compr Psychiatry [Internet]. 2016 Aug;69:193–201. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.06.010>
 50. Cheung G, Merry S, Sundram F. Medical examiner and coroner reports: Uses and limitations in the epidemiology and prevention of late-life suicide. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2015;30(8):781–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4294>.
 51. Kasckow J, et al. Trajectories of Suicidal Ideation in Depressed Older Adults Undergoing Antidepressant Treatment. J Psychiatr Res [Internet]. 2017;73: 176:96–101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.11.004>.
 52. Van Orden KA, O’Riley AA, Simning A, Podgorski C, Richardson TM, Conwell Y. Passive suicide ideation: An indicator of risk among older adults seeking aging services? Gerontologist [Internet]. 2015;55(6):972–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu026>
 53. Silva SPZ, Bocchi SCM. Measuring suicide risk in the elderly with non-institutionalized depression: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 Oct 23 [cited 2022 Feb 18];73:e20200106. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0106>
 54. Demo P. Metodologia da investigação em educação. Intersaberes. 2013;255 p.
 55. Schmittiel JA, Grumbach K, Selby JV. System-based participatory research in health care: an approach for sustainable translational research and quality improvement. Ann Fam Med [Internet]. 2010;8(3):256–9. Available from: <https://doi.org/10.1370/afm.1117>
 56. Correia CVSR, Rezende KS, Rosa SSRF, Barreto JOM Felipe MSS. Translational research in Brazil: research topics and their adherence to the SUS. Saúde Debate

- [Internet]. 2019;43(2):75–86. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S206>
57. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. Los Angeles: SAGE; 2017.
 58. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. psiquiatr. clín [Internet]. 1998;25(5):206–13. Available from: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.html>
 59. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: Bases conceituais e métodos de avaliação – parte I. Texto e Context Enferm [Internet]. 2017;26(4):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>
 60. Lohr KN. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. Quality of Life Research [Internet]. 2002;11(3):193–205. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1015291021312>
 61. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 Feb 19];26(3):649–59. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
 62. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Cienc e Saude Coletiva. 2015;20(3):925–36. [Acesso em 15 de fevereiro 2022]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013> Portuguese
 63. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research. 1986;35(6):382–385. Available from: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
 64. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Res Nurs Health. 1997 Jun;20(3):269–74. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/%28SICI%291098-240X%28199706%2920%3A3%3C269%3A%3AAID-NUR9%3E3.3.CO%3B2-3>
 65. Berk RA. Importance of expert judgment in content-related validity evidence. West J Nurs Res. 1990;12(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/019394599001200507>
 66. Contador JL, Senne ELF. Non-parametric tests for small samples of categorized variables: a study. Gest e Prod [Internet]. 2016;23(3):588–99. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-530X357-15>
 67. Laros JA. O uso da análise fatorial : algumas diretrizes para pesquisadores. In: Análise fatorial para pesquisadores [Internet]. 2005. p. 163–84. Available from: https://www.researchgate.net/publication/233735561_O_Uso_da_Analise_Fatorial_

Algumas_Diretrizes_para_Pesquisadores Portuguese

68. León DAD. Análise Fatorial Confirmatória através dos Softwares R e Mplus Análise. Monogr (Bacharel em Estatística) [Internet]. 2011;1–97. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31630/000784196.pdf>
69. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electron J Bus Res Methods* [Internet]. [cited 2022 Feb 19];6(1):53–60. Available from: <https://arrow.tudublin.ie/buschmanart>
70. Loos-Sant’Ana H, De Brito MRF. Atitude e Desempenho em Matemática, Crenças Autorreferenciadas e Família: Uma path-analysis. *Bolema - Math Educ Bull.* 2017;31(58):590–613. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-4415v31n58a03>
71. Favoretto C. O relacionamento entre qualidade em serviços, valor percebido, imagem corporativa e seus impactos na satisfação de clientes bancários [Mestrado]. Sorocaba: Universidade de São Carlos; 2017. Available from: [https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9188/Texto defesa_ versao final_ Camila Favoretto.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9188/Texto%20defesa_versao%20final_Camila%20Favoretto.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Portuguese
72. Polo TCF, Miot HA. Use of ROC curves in clinical and experimental studies. *J Vasc Bras.* 2020 Dec 11;19:e20200186. doi: 10.1590/1677-5449.200186.
73. Cohen, R. J.; Swerdlik, M. E.; Sturman ED. Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas. 8 ed. AMGH. Porto Alegre; 2014. 756p.
74. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2 B):421–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Bdpjn6hWZz45CbmLQTt95pw/?format=pdf&lang=pt>
75. Cunha CM, Almeida Neto OP, Stackfleth R. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Rev Aten Saúde.* 2016;14(47):75–83. Available from: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3391>
76. Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv.* 2017;15(1):625–7. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>
77. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed: Porto Alegre; 2019.
78. Araujo EAC, Andrade DF de, Bortolott SLV. Teoria de resposta ao item. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009;43(Esp):100–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Vs9FdSVm6CsSxQYkJ5nr8tD/?format=pdf&lang=pt>

79. Chalmers RP. mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *J Stat Softw.* 2012;48(6):1–29. Available from: <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i06>
80. Medeiros ÉR, Pereira KDN, Schirmbeck T. Avaliação da capacidade funcional e do risco de hospitalização de idosos. *Comun em Ciências da Saúde.* 2013;23(3):215–21. [Acesso em 15 de fevereiro 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a3_avaliacao_capacidade_funcional.pdf Portuguese
81. Matias AGC, Fonsêca MA, Gomes MLF, Matos MAA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein.* 2016;14(1):6–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>
82. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html Portuguese
83. Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico [Internet].* 2016;47(2):159–68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>
84. Fagundes TA, Pereira DAG, Bueno KMP, Assis MG. Incapacidade funcional de idosos com demência. *Cad Ter Ocup da UFSCar [Internet].* 2017;25(1):159–69. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0818>
85. Machado WD, Gomes DF, Freitas CACASL, Brito MCC, Moreira ACA. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *Rev Ciência Saberes - Facema [Internet].* 2017;3(2):445–51. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>
86. Carvalho ILN, Lôbo APA, Aguiar CAA, Campos AR. Suicidally motivated intoxication by psychoactive drugs: characterization among the elderly. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2017;20(1):129–37. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064>
87. Martins BG, Da Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Depression, anxiety, and stress scale: Psychometric properties and affectivity prevalence. *J Bras Psiquiatr.* 2019;68(1):32–41. [Acesso em 15 de fevereiro 2022]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
88. Anunciação L, Caregnato M, da Silva FSC. Psychometric aspects of the beck depression inventory-ii and the beck depression inventory for primary care in facebook users. *J Bras Psiquiatr.* 2019;68(2):83–91. [Acesso em 15 de fevereiro 2022]. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000231>
89. Schaab BL, Quadros Duarte M, Viana Abs da Cruz D. Estudos para construção e propriedades psicométricas da escala contextual de depressão em idosos. *Mudanças*

- Psicol da Saúde [Internet]. 2017 Jun 21;25(1):37. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p37-47> Portuguese
90. Daniel F, Vicente H, Guadalupe S, Silva A, Espirito Santo HMA. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Rev Port Investig Comport e Soc* [Internet]. 2015 Sep 30;1(2):15–30. Disponível em: <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22> Portuguese
 91. Heisel MJ, Flett GL. Investigating the psychometric properties of the Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS) among community-residing older adults. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2016;20(2):208–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1072798>
 92. Miot HA. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras*. 2018;17(4):275–9. [Acesso em 15 de fevereiro 2022]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.004216>
 93. Lord FM. Applications of item response theory to practical testing problems. Erlbaum. Hillsdale; 1980.
 94. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2018;21(5):616–27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>
 95. Silva LLNB, Rabelo DF. Afetividade e Conflito nas Díades Familiares, Capacidade Funcional e Expectativa de Cuidado de Idosos. *Pensando Fam* [Internet]. 2017;21(1):80–91. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100007&lng=pt&nrm=iso.

ANEXOS E APÊNDICES
