



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Janaina Mota Alves de Carvalho

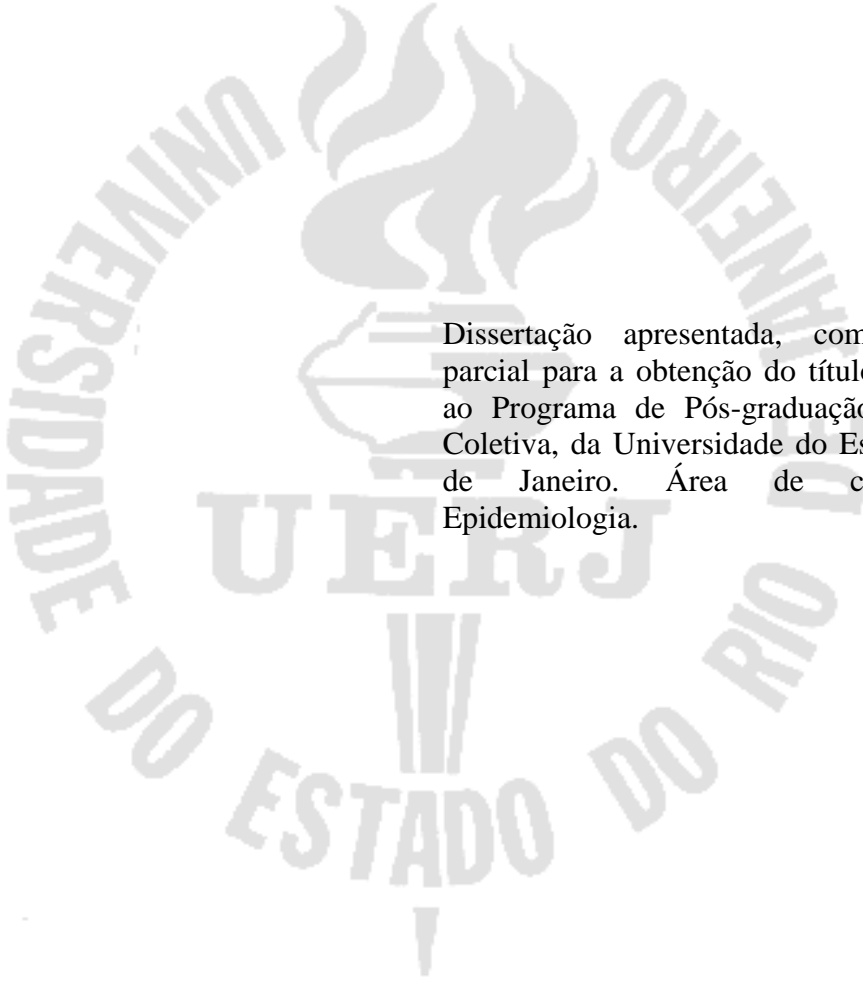
**Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários  
de serviços públicos de saúde**

Rio de Janeiro

2010

Janaina Mota Alves de Carvalho

**Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Michael E. Reichenheim

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Montes Paixão Júnior

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

C331 Carvalho, Janaina Mota Alves de.

Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde / Janaina Mota Alves de Carvalho. – 2010.

64f.

Orientador: Michael Eduardo Reichenheim.

Coorientador: Carlos Montes Paixão Júnior.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Depressão em idosos – Teses. 2. Idosos – Cuidados médicos – Teses. 3. Assistência à velhice – Teses. 4. Psiquiatria geriátrica – Teses. 5. Geriatria – Teses. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 7. Assistência a idosos. 8. Serviços de saúde para idosos. I. Reichenheim, Michael Eduardo. II. Paixão Júnior, Carlos Montes. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-008.454-053.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Janaina Mota Alves de Carvalho

**Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços  
públicos de saúde**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 29 de março de 2010.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Michael E. Reichenheim (Orientador)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Carlos Montes Paixão Júnior (Coorientador)  
Faculdade de Medicina – UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cláudia Leite Moraes  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Emylucy Martins Paiva Paradela  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Rio de Janeiro

2010

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Michael E. Reichenheim, e ao meu coorientador, Carlos Montes Paixão Junior, que ao longo desta trajetória contribuíram para o meu aprimoramento profissional.

Às professoras Claudia Leite Moraes, Claudia de Souza Lopes e Emylucy Martins Paiva Paradela, pela gentileza em aceitarem o convite para participar da banca examinadora.

Aos meus pais, José e Marilena, pelo exemplo de vida e por terem me ensinado que os desafios são sempre uma forma de fortalecimento em si mesmo, e que as conquistas são o resultado da persistência em nossos ideais.

Ao meu marido Eduardo, por me mostrar que a serenidade é o exercício diário da confiança em Deus.

Aos meus irmãos Angélica e Jeronymo, e aos meus cunhados Elaine, Emanuelle, Elenio Júnior e Fernando, que apesar da distância física, sempre se fazem presente em meu coração.

Aos meus sogros, Nelsa e Elenio, pelo apoio, pela presença amiga, pelo carinho.

À amiga Cristine Vieira, por estar sempre pronta para me ouvir e pelo incentivo em todos os momentos.

Às amigas Paula Florence e Alessandra Dias, por toda ajuda e demonstração de solidariedade.

Aos colegas do IMS Camila, Cadu, Alice, Tatiana e Jacqueline, pela companhia sempre alegre e prestativa.

A Deus, que com Amor me sustenta nos momentos difíceis e generosamente conduz meus passos em direção segura.

## RESUMO

CARVALHO, Janaina Alves de. *Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde*. 2010. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Esta dissertação pretende estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos segundo três níveis de complexidade de atenção à saúde e estudar a co-ocorrência de sintomas depressivos e incapacidade funcional. No Brasil, a transição demográfica ocorreu de forma rápida e explosiva. À medida que o número de idosos cresce ocorre o aumento da prevalência de doenças crônicas e suas complicações. A habilidade funcional pode ser vista como uma medida de resumo do impacto geral das condições médicas no contexto do ambiente e do sistema de apoio social do indivíduo, e deve ser uma consideração importante em qualquer planejamento de saúde. Uma enfermidade associada a elevado grau de incapacidade funcional é a depressão. Entre os agravos de saúde mental, a depressão é um dos mais comuns e importantes problemas psiquiátricos entre indivíduos idosos. Trata-se de estudo transversal com tamanho amostral de 643 idosos com idade de 65 ou mais anos selecionados aleatoriamente e usuários de três serviços públicos de saúde com níveis crescentes de complexidade (primário, secundário e terciário). A prevalência de sintomas depressivos foi estimada a partir da EDG-15, já traduzida e validada para uso no Brasil. O nível de estado funcional foi definido conforme os escores dos instrumentos SF-36 e HAQ. A prevalência de sintomas depressivos na amostra total foi de 45,2% (IC=41,1 – 49,3). Estratificando por unidade, a prevalência foi de 35,3% no nível primário, 47,6% no nível secundário e 51,7% no nível terciário ( $p=0,004$ ). As prevalências encontradas foram altas nos três níveis de complexidade de atendimento, inclusive na população de idosos da unidade básica de saúde, apesar de serem idosos mais independentes e mais saudáveis. A prevalência geral de sintomas depressivos aumentou à medida que o grau de incapacidade funcional também aumentou. A busca ativa por idosos com sintomas depressivos é importante em todos os níveis de complexidade de atendimento do sistema de saúde.

Palavras-chave: Idoso. Sintomas depressivos. Depressão. Prevalência.

## ABSTRACT

This dissertation aims to estimate the prevalence of depressive symptoms in the elderly according to three levels of complexity of health care and to study the co-occurrence of depressive symptoms and levels of functional capacity. In Brazil, the demographic transition occurred quickly and explosive. As the number of elderly grows there is an increase in the prevalence of chronic diseases and their complications. The functional ability can be seen as a summary measure of overall impact of medical conditions in the context of environment and social support system of the individual, and should be an important consideration in any planning of health. A condition associated with a high degree of disability is depression. Among the grievances of mental health, depression is one of the most common and important psychiatric problems among the elderly. This is cross-sectional study with a sample size of 643 elderly aged 65 or over, randomly selected, and users of three public health services with increasing levels of complexity (primary, secondary and tertiary). The prevalence of depressive symptoms was estimated from the EDG-15, already translated and validated for use in Brazil. The level of functional status was defined as the scores of instruments SF-36 and HAQ. The prevalence of depressive symptoms in the total sample was 45.2% (CI = 41.1 to 49.3). Stratified by unit, the prevalence was 35.3% at primary level, 47.6% at secondary level and 51.7% at the tertiary level ( $p = 0.004$ ). Prevalence rates were high in the three levels of complexity of care, including the elderly population in primary care unit, although the elderly are more independent and healthier. The overall prevalence of depressive symptoms increased as the degree of disability has also increased. The active search for elderly patients with depressive symptoms is important at all levels of complexity of care in the health system.

Keywords: Elderly. Depressive symptoms. Depression. Prevalence.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO IDOSO NO BRASIL – Parte I.....</b>	<b>10</b>
1.1	<b>O novo perfil de morbimortalidade populacional.....</b>	<b>12</b>
1.2	<b>A capacidade funcional do indivíduo idoso.....</b>	<b>14</b>
1.3	<b>As novas necessidades do SUS.....</b>	<b>16</b>
1.4	<b>Depressão e sintomas depressivos no indivíduo idoso.....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO.....</b>	<b>23</b>
2.1	<b>Justificativa.....</b>	<b>23</b>
2.2	<b>Objetivo.....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>25</b>
3.1	<b>Origem dos dados que serão utilizados na análise.....</b>	<b>25</b>
3.1.1	<u>População de estudo e critérios de elegibilidade.....</u>	<b>25</b>
3.1.2	<u>Aspectos relacionados à aferição e coleta dos dados.....</u>	<b>27</b>
3.1.3	<u>Processamento dos dados.....</u>	<b>28</b>
3.1.4	<u>Aspectos éticos.....</u>	<b>28</b>
3.2	<b>Processamento e análise das variáveis de interesse.....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – Parte II.....</b>	<b>32</b>
4.1	<b>Introdução.....</b>	<b>32</b>
4.2	<b>Métodos.....</b>	<b>35</b>
4.2.1	<u>População de estudo e critérios de elegibilidade.....</u>	<b>35</b>
4.2.2	<u>Aspectos relacionados à aferição e coleta de dados.....</u>	<b>36</b>
4.2.3	<u>Processamento e análise das variáveis de interesse.....</u>	<b>36</b>
4.3	<b>Resultados.....</b>	<b>37</b>
4.4	<b>Discussão.....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>



<b>ANEXO A</b> - <i>Layout</i> do instrumento MEEM no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”.....	54
<b>ANEXO B</b> - <i>Layout</i> do instrumento HAQ no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”.....	56
<b>ANEXO C</b> - <i>Layout</i> do instrumento SF-36 no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”.....	57
<b>ANEXO D</b> - <i>Layout</i> da EDG-15 no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”.....	64

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa está inserida no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), sediado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Este programa tem como objetivo o estudo da violência doméstica em vários segmentos da sociedade brasileira.

Até 2006, não havia estudos por parte desse programa que focalizassem o sujeito idoso. Nesse ano, e com o conhecimento de que a violência assume características particulares na população idosa, uma pesquisa do programa reuniu idosos atendidos em diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde e deu origem à tese de doutorado intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”.

Cada vez mais tem se buscado a compreensão conjunta do estado psicológico e funcional, suporte social e questões econômicas, com os problemas médicos e as comorbidades que caracterizam o segmento idoso da população. Por isso, a avaliação dos idosos de forma ampla esteve presente na referida tese, através da realização de um questionário multidimensional abrangendo, entre outras questões, a aplicação de instrumentos que permitissem o rastreamento de questões importantes como a funcionalidade e o estado tímico dos idosos participantes da pesquisa.

O presente estudo está aninhado ao trabalho acima mencionado. Buscou explorar a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços públicos de saúde e as relações entre depressão e incapacidade funcional, caracterizando três diferentes níveis de complexidade de atendimento – primário, secundário e terciário.

O interesse em estudar a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos serviços públicos de saúde e sua relação com a funcionalidade decorre do fato de que, na perspectiva da Saúde Pública, a depressão em idosos vem sendo considerada um problema de crescente relevância. A depressão leva ao aumento dos custos nos cuidados com a saúde, na medida em que se apresenta com consequências graves relativas à piora da incapacidade associada a doenças físicas e a transtornos cognitivos.

Esta dissertação foi estruturada em três partes.

A parte 1 está subdividida em 3 seções. Para situar o objeto dessa dissertação a introdução ao tema é descrita na seção 1.1, e aborda questões sobre o envelhecimento populacional, incluindo aspectos demográficos e epidemiológicos do idoso no Brasil e contextualiza o novo perfil de morbimortalidade populacional, enfatizando que o envelhecimento populacional é acompanhado do aumento proporcional das doenças crônico-degenerativas. Além disso, explicita no que consiste a capacidade funcional do indivíduo idoso e a sua importância para a Política Nacional do Idoso. Descreve as novas necessidades do SUS quanto à adequação de medidas que considerem as características da população que envelhece e contemplem as necessidades desse estrato da população. Em seguida, a seção ressalta a depressão e os sintomas depressivos no indivíduo idoso como uma síndrome geriátrica que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade da população idosa. Na seção 1.2 são explicitados a justificativa e o objetivo deste estudo. Os materiais e métodos utilizados são apresentados na seção 1.3.

A parte 2 expõe os resultados em forma de artigo. Na parte 3 são feitas as considerações finais.

## **1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO IDOSO NO BRASIL – PARTE I**

O que determina o envelhecimento populacional de um país é o comportamento das suas taxas de fecundidade e mortalidade. A redução nas taxas de mortalidade, principalmente infantil, e a queda da fecundidade, que leva à diminuição da proporção de jovens, acentuam o processo de envelhecimento populacional. Esse processo dinâmico é conhecido como transição demográfica (KALACHE et al., 1987).

Esse envelhecimento populacional pode ser caracterizado através das transformações observadas na pirâmide populacional, que passa de um modelo de população em crescimento — expresso na forma triangular — para um modelo de população estabilizada — que se traduz na forma retangularizada — característica das populações europeias de hoje (VERAS, 1988; CAMARANO, 2006a). O processo de envelhecimento da população mundial tem sua origem nas transformações vividas pelos países desenvolvidos no século passado. Em relação aos países em desenvolvimento e de economias emergentes, somente nas últimas décadas do século XX essas mudanças produziram modificações nas suas variáveis demográficas (VERAS, 2006).

As características demográficas do Brasil até a década de 1950 demonstravam uma população bastante jovem; nesse período as taxas de fecundidade ainda eram altas e as de mortalidade apenas começavam a diminuir (KALACHE, 1987). A queda nas taxas de mortalidade e fecundidade ocorreu em um espaço de tempo relativamente curto; com isso, a transição brasileira de uma população jovem para uma população envelhecida se deu de forma mais rápida e explosiva se comparada àquela verificada na Europa (RAMOS, 2005).

No início do século XX, em 1910, a expectativa de vida ao nascer era de 33,4 anos para homens e 34,6 para mulheres. Em 1990, a expectativa estimada era de 62,3 anos para homens e 69,1 anos para as mulheres (IBGE, 2006). Em 2000, um homem poderia esperar viver 66,7 anos e uma mulher 74,4 anos. Em 2007, a evolução temporal da expectativa de vida no Brasil continuou a mostrar ganhos, embora com ritmo mais lento, chegando a 68,8 anos para homens e 76,4 para mulheres (DATASUS, 2008b).

Entre os anos de 1980 a 2005, o crescimento total da população brasileira foi de 55,3%, sendo que o crescimento referente aos idosos superou 126,3%; destaca-se a faixa de idade com mais de 80 anos, que apresentou crescimento de 246%. (INOUYE et al., 2008). O Censo de 2000 apontava para uma população de mais de 14,5 milhões de idosos (DATASUS, 2000). Conforme estimativas preliminares elaboradas pelo IBGE para os anos intercensitários,

em 2009 a população com 60 anos ou mais já chegava a pouco mais de 19 milhões de idosos (DATASUS, 2009).

A faixa etária de 60 a 69 anos compreende 5,4% da população brasileira e apresenta uma proporção de 86 homens para cada 100 mulheres. A faixa etária de 70 a 79 anos representa 3,1% da população brasileira e apresenta uma proporção de 77 homens para cada 100 mulheres. A faixa etária de 80 anos e mais compreende 1,4% da população, com uma proporção de 68 homens para cada 100 mulheres (DATASUS, 2008a). Embora ainda pequeno, o contingente de idosos com 80 anos e mais é o segmento da população brasileira que mais cresce, o que leva a um aumento desproporcional das demandas sociais e de saúde (CAMARANO, 2006b). Esta descrição contextualiza as alterações no perfil demográfico do Brasil. Ao mesmo tempo, demanda uma reflexão sobre as mudanças culturais e sociais decorrentes desse aumento populacional, seja nos papéis sociais, gêneros específicos, aposentadoria, perdas diversas e diminuição dos contatos sociais (MENDES et al., 2005).

Outra mudança que tenderá a ocorrer diz respeito à elevação no nível de escolaridade dos idosos brasileiros. Atualmente, o nível ainda é baixo, mas essa é uma característica que tende a mudar por um efeito de coorte, o que possivelmente aumentará a pressão para inclusão dos idosos nos programas de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças (CHAIMOWICZ, 2006).

Situação igualmente importante dentro desse contexto social é a feminização da velhice, um fenômeno tipicamente urbano caracterizado pela predominância feminina entre os idosos (CAMARANO, 2006b). A adaptação dos homens mais velhos à saída do mercado de trabalho é outra condição difícil. Por outro lado, as mulheres participam mais de atividades extradomésticas, e diferentemente do que fizeram na vida adulta, muitas vezes assumem o papel de chefes de família e de provedoras (CAMARANO, 2003). É crescente também a proporção de idosos vivendo sozinhos; essa proporção é maior entre os muito idosos e entre as mulheres (CAMARANO, 2006b).

Um fenômeno recente, consequência da longevidade, é a família multigeracional (MOTTA, 2006). A família é considerada a fonte de apoio informal mais direta para a população idosa, fato que se dá tanto pela coresidência como pela transferência de bens e recursos financeiros. Por exemplo, idosos com pouca autonomia são pessoas que provêem, mas que também demandam ajuda (CAMARANO, 2006b). Daí surgirem diversos arranjos familiares. Nos arranjos familiares em que idosas residem com os filhos elas prestam alguma ajuda, contribuindo para o orçamento familiar com seus benefícios previdenciários (CAMARANO, 2006c).

Ramos e Goihman (1989) realizaram, na cidade de São Paulo, um estudo populacional com avaliação multidimensional de idosos residentes na comunidade. Os autores constataram que o tipo de domicílio multigeracional acomodava mais de 50% dos idosos, o que contrastava com o que se verificava em países desenvolvidos, onde menos de 5% dos idosos viviam em domicílios com os filhos. Ainda neste estudo os autores apontaram uma prevalência de doenças crônicas, dependência funcional e distúrbios como depressão acima da média, ressaltando que apesar da presença física dos familiares no domicílio, eram idosos que frequentemente referiam sensação de solidão.

Os custos de saúde aumentam com a idade. A forma como isso ocorre depende das condições de saúde da população que envelhece e da organização do sistema de saúde (CAMARANO, 2006b). No Brasil os recursos públicos são fundamentais para a sobrevivência dos idosos de baixa renda. Estima-se que, no período entre 2000 e 2050, a proporção de despesas do governo alocadas para a população com 60 anos ou mais deverá crescer de 38% para 68% (CHAIMOWICZ, 2006).

O crescimento demográfico da população idosa brasileira exige, portanto, um planejamento que envolve diferentes aspectos como adequação ambiental, provimento de recursos materiais e humanos com consequente implementação de ações de saúde específicas (VERAS, 2006).

### **1.1 O novo perfil de morbimortalidade populacional**

O conceito de transição epidemiológica descreve o conjunto de mudanças ocorridas nos padrões de morbidade, invalidez e morte, ao longo do tempo, em uma população específica (SCHRAMM et al., 2004b). Esse processo engloba três mudanças que são (a) a substituição das doenças transmissíveis por não-transmissíveis entre as primeiras causas de morte; (b) o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos jovens para os idosos; e (c) a transformação para uma situação de predomínio da morbidade ao invés da mortalidade (FRENK et al., 1991).

Os processos de transição demográfica e epidemiológica estão diretamente correlacionados (SCHRAMM et al., 2004b). Inicialmente, a queda da mortalidade, relacionada principalmente às doenças infecciosas, beneficia a população mais jovem, que

então se torna mais exposta aos fatores de risco para as doenças crônicas degenerativas. Na medida que o número de idosos cresce, ocorre também o aumento da prevalência de doenças crônicas e suas complicações (KALACHE et al., 1987).

Esse novo perfil de saúde da população levou a uma modificação do impacto dessas doenças nas causas de morte (RAMOS, 2005; SIQUEIRA et al., 2007). Os estudos sobre mortalidade da população idosa se concentram na mensuração da taxa de mortalidade e esperança de vida e no padrão de mortalidade por causas (CAMARANO, 2006b). As principais causas de morte em idosos no Brasil para homens e mulheres no ano de 2006 foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas por neoplasias, doenças do aparelho respiratório, óbitos por causas mal definidas e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DATASUS, 2006).

Nas fases tardias da transição epidemiológica no Brasil haverá uma situação caracterizada pelo declínio progressivo das doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias e pela elevada prevalência de acidentes, osteoartrose e doenças neuropsiquiátricas (CHAIMOWICZ, 2006).

Uma questão muito presente nos estudos concerne à qualidade de vida dos idosos em termos de saúde e autonomia. Existem doenças crônicas que, antes de representarem um risco de vida, constituem uma ameaça à autonomia e independência do indivíduo (CAMARANO, 2006b). Exemplos de doenças crônicas e suas complicações são as sequelas de acidente vascular cerebral e de fraturas pós quedas, as limitações causadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela doença de Alzheimer e pela depressão (CHAIMOWICZ, 2006; GIACOMIN et al., 2008).

A depressão é um exemplo de distúrbio que pode se tornar crônico, e os conceitos tradicionais de condições crônicas se alargaram a partir da inclusão dos distúrbios mentais e das doenças físicas. No que tange às incapacidades causadas pelas condições crônicas, estima-se que até o ano 2020 a depressão só seja superada pelas doenças cardíacas. Com isso, as consequências sociais, econômicas e pessoais causadas pela depressão serão ainda mais relevantes (BRASIL, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos neuropsiquiátricos, incluindo a depressão, estão entre as dez principais causas de anos potenciais de vida saudável perdidos devido a problemas de saúde ou incapacidades. A projeção para 2030 é de um aumento da carga relativa destes agravos na carga global de doença no mundo (BRASIL, 2008).

Diante deste contexto, uma questão que se torna importante é que apenas quantificar a mortalidade passa a não ser suficiente. Por exemplo, a estimativa dos anos potenciais de vida perdidos por indivíduos que venham a falecer por determinado agravo não considera o impacto do agravo sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida do indivíduo (LEITE, et al., 2008).

Schramm et al. (2004b), em um estudo sobre transição epidemiológica e carga de doença no Brasil, lembram que o peso dos agravos não-transmissíveis aumenta rapidamente e, de acordo com os resultados do estudo as doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doença no Brasil. O estudo ressalta a importância do uso de um indicador em cujo cálculo esteja incluída, além da mortalidade, a morbidade. Os autores igualmente enfatizam as consequências não-fatais das doenças, que em geral são pouco medidas ou utilizadas como indicadores de necessidade de saúde, lembrando que a inclusão da perda de vida em função da incapacidade também facilita as decisões dos gestores de saúde quanto à alocação de recursos. Assim, o predomínio de doenças crônicas que causam sofrimento individual e comprometimento da capacidade funcional, embora não influenciem diretamente a mortalidade, representam uma faceta importante nas questões de organização e financiamento do sistema de saúde.

A transição epidemiológica representa um desafio no que diz respeito à produção de políticas de saúde que atendam às necessidades da pessoa idosa. Um dos desafios para este cenário se traduz nas dificuldades da assistência de uma população de milhões de idosos com alta prevalência de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes (LIMA-COSTA, et al., 2003).

## **1.2 A capacidade funcional do indivíduo idoso**

A capacidade funcional do indivíduo idoso concerne ao conjunto de habilidades físicas e mentais do indivíduo necessárias para a realização das atividades de vida diária e inclui as atividades básicas (AVDs) e instrumentais da vida diária (AIVDs). As AVDs são caracterizadas pelas atividades de autocuidado e sobrevivência como alimentação, banho, vestuário, transferência, continência e higiene pessoal. As AIVDs são caracterizadas por tarefas mais complexas, necessárias para o indivíduo viver de forma independente no seu domicílio e na comunidade como, por exemplo, habilidade para utilizar o telefone, capacidade para fazer compras, preparar refeições, viajar sozinho, tomar os remédios e realizar trabalhos



domésticos mais pesados, além do gerenciamento das finanças domésticas (RUBENSTEIN, 1995).

O idoso é considerado independente quando é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda de terceiros todas as atividades de vida diária (Ministério Da Saúde, 2006e). No indivíduo idoso a combinação da idade com efeitos das doenças pode levar a um declínio funcional que caracteriza o idoso como frágil e o torna vulnerável à piora da capacidade funcional (HEKMAN, 2006).

Conforme aponta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, “*considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI<sup>1</sup>, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional — acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros —, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica*”.

A existência de incapacidade funcional ou fragilidade contribui para o desenvolvimento, e em outros casos para a progressão, de doenças crônicas degenerativas (BONARDI et al., 2007). A depressão é um exemplo de agravo importante nesse processo, por se tratar de condição de saúde capaz de comprometer a capacidade funcional do idoso e com isso predispor à condição de fragilidade.

Essa é uma questão importante porque, uma vez reconhecida a condição de fragilidade, é necessário que se realize uma avaliação dos recursos locais para lidar com ela, com o objetivo de facilitar o cuidado domiciliar, incentivar o vínculo recíproco do idoso frágil e sua família, bem como reinserir a parcela idosa frágil na comunidade (BRASIL, 2006e). A questão da condição funcional da pessoa idosa é relevante porque, de acordo com o status funcional, serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção e de reabilitação, visando à recuperação da autonomia funcional (BRASIL, 2006e).

---

<sup>1</sup> ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

### 1.3 As novas necessidades do SUS

Com a perspectiva de garantir a saúde como um direito universal, o cuidado à saúde no Brasil vem passando por modificações que apontam a atenção básica como a principal responsável pelas ações que abrangem a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2007).

O SUS apresenta como uma das portas de entrada no sistema a Atenção Básica à Saúde. Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social (Ministério Da Saúde, 2009a). Nessa perspectiva, um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para a implementação da atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como uma das principais estratégias a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais. As equipes do PSF atuam com ações de promoção de saúde, recuperação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade (Ministério Da Saúde, 2009b). Os pressupostos desse novo modelo valorizam as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas, e são considerados como capazes de produzir um impacto positivo na superação do modelo anterior — cuja base estava nas práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar — com papel de destaque como estratégia indutora de igualdade (PICCINI et al., 2006).

O Brasil vem se organizando para atender às demandas da população que envelhece. Promulgada em 1994 (Lei Nº 8.842/94) e regulamentada em 1996 (Decreto Nº 1.948/96), a Política Nacional do Idoso veio assegurar direitos sociais ao idoso criando condições que promovam autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, além de reafirmar o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1994a). Neste sentido, emergiram importantes direcionamentos do Ministério da Saúde, tais como a Portaria 1.395 de 09 de dezembro de 1999. Seu objetivo foi aprovar a Política Nacional do Idoso e determinar que todos os órgãos e entidades cujas ações se relacionassem com o tema da Política também promovessem a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades. Para o alcance do propósito da Política Nacional do Idoso, o documento propõe diversas diretrizes, a saber: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos

especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

Para o desenvolvimento de políticas, planos e programas institucionais de atenção aos idosos, a Organização Pan-Americana de Saúde também recomenda que as práticas se concentrem em programas gerais de base comunitária. Dos profissionais espera-se o desenvolvimento individual e o zelo pela preservação da qualidade de vida, autonomia e dignidade do idoso, com atenção integral à pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

A prática de cuidados às pessoas idosas leva em conta a forte interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. Por isso, essa prática exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional (BRASIL, 2006e).

No cuidado dos idosos cabe respeitar as limitações que esse estrato da população apresenta e oferecer serviços com estrutura cujas características possibilitem o acesso e o acolhimento adequado dos idosos. Assim, a capacitação dos profissionais desses serviços envolve conhecimento, habilidades e atitudes que permitam a elaboração de protocolos que atendam às necessidades específicas dos idosos, integrando essas ações à rede de cuidado social (PICCINI et al., 2006).

Uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais necessária. O objetivo da avaliação em geriatria é o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio quando forem necessários. Para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso, a história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes. A prática clínica geriátrica atual, que se preocupa com a qualidade de vida, deve conter também uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis destas funções (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

É com esse foco que vários pesquisadores têm repensado o modelo de atendimento à população mais idosa. Com isso, surgem conceitos de atendimento interdisciplinar, tais como Avaliação Geriátrica Ampla — AGA, que utiliza métodos de avaliação sistemática. Esta avaliação é sempre multidimensional. Tem por objetivo determinar as deficiências, incapacidades e desvantagens apresentadas pelo idoso, objetivando o planejamento do cuidado e o acompanhamento de longo prazo. De forma diversa da avaliação clínica classicamente ensinada, enfatiza a investigação da capacidade funcional e da qualidade de vida e se baseia em instrumentos e testes quantitativos além da avaliação clínica clássica. Na AGA são avaliados os seguintes parâmetros: 1- Equilíbrio e mobilidade; 2- Função cognitiva; 3- Deficiências sensoriais; 4- Condições emocionais / presença de sintomas depressivos; 5-

Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social; 6- Condições ambientais; 7- Capacidade funcional; 8- Estado nutricional (COSTA; MONEGO, 2003).

O planejamento de ações na área de saúde deve tratar da organização de estratégias de prevenção das doenças crônicas degenerativas e de promoção da saúde, não se limitando, portanto, a medidas terapêuticas para danos já instalados (PASKULIN; VIANNA, 2007). Desafios que incluem a implementação de novas práticas de assistência ao idoso e a atenção integral ainda precisam ser enfrentados e, embora a aprovação do Estatuto do Idoso represente um avanço para o sistema legal brasileiro, a garantia do acesso universal do idoso ao SUS ainda não é uma meta alcançada.

No cuidado à pessoa idosa é necessária a vigilância por parte de todos os membros da equipe de saúde. A aplicação dos instrumentos de avaliação e testes de rastreamento para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento da funcionalidade, dentre outros, também estão previstos nos Cadernos de Atenção Básica elaborados pelo Ministério da Saúde (número 19) que trata do “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (BRASIL, 2006b).

Mais especificamente, a investigação de sintomas depressivos nos idosos por parte dos profissionais de saúde tem se tornado tão importante que os Cadernos de Atenção Básica dedicam uma seção para ressaltar o agravo depressão e oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. O documento referido acima foi concebido tendo como referência o Pacto pela Vida, Brasil (2006d), as Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Brasil (2006), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Brasil (2006e), Promoção da Saúde Brasil (2006c), e Humanização no SUS Brasil (2004). Levando em consideração a realidade do envelhecimento populacional, o objetivo foi dar uma maior resolutividade às necessidades do idoso na atenção básica (BRASIL, 2006b).

Essa especial atenção que passou a ser dada à depressão se deve à questão da dependência mental, que leva à perda da autonomia com muito maior frequência, ou seja, prejudica de forma mais contundente a capacidade decisória e de controle da própria vida. A importância da valorização da autonomia, com o foco de que as doenças físicas e mentais podem levar a graus diferentes de dependência, dão significado à Política Nacional de Saúde do Idoso, na medida em que ressaltam a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção máxima de capacidade funcional do indivíduo que envelhece (BRASIL, 1999).

#### 1.4 Depressão e sintomas depressivos no indivíduo idoso

Entre os agravos de saúde mental, a depressão é um dos mais comuns e importantes problemas psiquiátricos na terceira idade (CARSON; MARGOLIN, 2005). Aguiar e Dunningham (1993) e Stoppe Jr. e Louzã-Neto (1999) apontam que a prevalência de quadros depressivos aumenta diretamente com a idade. Almeida et al. (1997) mostraram que sintomas depressivos são altamente prevalentes em períodos tardios da vida.

Uma característica da depressão em idosos é que com frequência ela surge em um contexto de associação com outras doenças crônicas, isolamento social e comprometimento da qualidade de vida. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade em idosos (STELLA et al., 2002). A depressão é uma enfermidade associada a elevado grau de incapacidade funcional. Além do declínio funcional, também aumenta o estresse familiar, o risco de novas doenças, a piora na recuperação de doenças preexistentes, além de causar prejuízo cognitivo e aumentar os custos para a família e para a sociedade (SHERINA et al., 2005).

O diagnóstico de depressão maior depende do reconhecimento de dois sintomas, quais sejam, a persistência de humor deprimido e a perda do prazer ou interesse em atividades habituais (anedonia) (CARSON; MARGOLIN, 2005). O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* (DSM IV) classifica o transtorno depressivo como depressão maior se durante o período de duas semanas o paciente experimenta humor deprimido ou anedonia e pelo menos quatro dos seguintes sintomas: (a) perda ou ganho de peso, (b) insônia ou hipersonia, (c) agitação ou lentificação psicomotoras, (d) fadiga ou perda de energia, (e) sentimento de inutilidade ou culpa e (f) pensamentos de morte ou suicídio (Carson e Margolin, 2005). O diagnóstico de depressão é essencialmente clínico e descreve um espectro de perturbações do humor que variam de leve a grave e transitória a persistente (CARSON; MARGOLIN, 2005).

Os componentes do diagnóstico da depressão são essencialmente sindrômicos e não se referem a uma fisiopatologia clara ou conhecida. Há sintomas depressivos significantes do ponto de vista clínico, mas que não preenchem os critérios diagnósticos para transtorno de humor pelo Código Internacional de Doenças, 10ª edição (CID 10) e DSM IV. Esses sintomas também causam danos à saúde e ao bem estar do indivíduo e podem evoluir para depressão maior em 25% dos casos (Frank e Rodrigues, 2006). Quando os sintomas depressivos interferem com as atividades normais do indivíduo e persistem por pelo menos duas semanas

são considerados como sendo de relevância clínica. Neste caso, o diagnóstico de depressão maior ou transtorno depressivo (em indivíduos que não preenchem critérios para depressão maior, distímia ou outros transtornos depressivos) pode ser feito (CARSON; MARGOLIN, 2005).

A etiologia da depressão no idoso é multifatorial uma vez que fatores biológicos, psicológicos e sociais têm importância na origem dos sintomas (GORDILHO, 2002). Os fatores neurobiológicos são alterações neuroendócrinas, de neurotransmissores, alterações vasculares e processos de degeneração de circuitos corticais e subcorticais responsáveis pelo processamento e elaboração da vida afetiva e emocional (STELLA et al., 2002). Os fatores de risco psicossociais estão associados a questões de desenvolvimento da personalidade e acontecimentos que envolvem o indivíduo idoso como eventos vitais, condições ligadas à saúde e o apoio social (CHELONI et al., 2003). Estão incluídos, neste contexto, sentimentos de frustração, perdas afetivas, perda progressiva da capacidade de trabalho, abandono, isolamento social, aposentadoria (STELLA et al., 2002).

Outras condições também estão relacionadas a sintomas depressivos, como sexo feminino, raça branca, baixa condição sócioeconômica, situação conjugal de separado, história familiar positiva para transtornos do humor, doenças crônicas como Doença de Parkinson, Acidente Vascular Cerebral, Traumatismo Crânio Encefálico, doenças degenerativas, Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo, Insuficiência Cardíaca, Infarto Agudo do Miocárdio, Miocardiopatias, Artrite Reumatóide, Demência e outras (ROCHA, 1993; CHELONI et al., 2003). A frequência de depressão em pacientes com transtornos cognitivos é alta, e essa é uma condição específica da depressão no idoso. Pelo menos 20% dos pacientes com doença de Alzheimer podem apresentar critérios para depressão maior e 30% podem apresentar critérios para depressão menor (OLIN et al., 2002).

A depressão é uma síndrome que pode ocorrer de forma independente da existência de outros agravos crônicos (KATONA et al., 1997). Porém, a presença de comorbidades e o uso crônico de múltiplos medicamentos são situações comuns na população geriátrica, que coocorrem com sintomas depressivos, e que contribuem para que o diagnóstico dos transtornos do humor se torne mais complexo (PARADELA et al., 2005).

O envelhecimento normal leva a alterações físicas e cognitivas que podem modificar a forma de apresentação clínica das síndromes psiquiátricas. Quando se manifestam em fases tardias da vida, o diagnóstico dos transtornos depressivos no idoso passa a ser uma tarefa mais complexa (MARINHO et al., 2005).

Os sintomas depressivos no idoso podem ser de difícil diagnóstico quando a apresentação do quadro ocorre de forma atípica. Muitas vezes os idosos omitem sintomas mentais que se interpõem às queixas de natureza somática (STELLA et al., 2002). Sintomas somáticos ou déficit cognitivo podem ser as únicas manifestações presentes no idoso deprimido. É frequente o idoso verbalizar tristeza como irritabilidade, falta de emoções, culpa ou sentimento de desamparo (FERRARI; DALACORTE, 2007).

Segundo Leite et al. (2008) os transtornos depressivos recorrentes e episódios de depressão apresentam, no Brasil, uma estimativa de anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacitação de 3,8%, ocupando a quarta posição entre as principais doenças, para ambos os sexos.

Apesar da enorme importância clínica e para a saúde pública, a depressão ainda é subdiagnosticada e subtratada, particularmente quando ela existe simultaneamente com outros agravos (GUIMARÃES et al., 1997; HIRSCHFELD et al., 1997). O que ocorre muitas vezes é que, habituados a uma abordagem tradicionalmente focada em uma queixa principal, os profissionais de saúde acabam por não adequar o seu atendimento à realidade do indivíduo idoso. Embora os exames complementares sejam importantes para descartar a existência de outras patologias, como os distúrbios hormonais ou metabólicos, é na capacitação dos profissionais de saúde em identificar corretamente tal agravo que está a oportunidade do diagnóstico correto. Um erro comum por parte da população em geral e dos profissionais de saúde é atribuir a presença de sintomas depressivos a uma situação de normalidade relacionada ao envelhecimento (GAZALLE et al., 2004). Guimarães et al. (1997) encontraram omissão no diagnóstico de depressão em 40% de uma amostra de pacientes internados em enfermarias cirúrgicas e que apresentavam sintomas depressivos em graus variados (leve, moderado ou grave). Pesquisas de 15 centros em todo o mundo, incluindo Rio de Janeiro, indicam que quase metade dos indivíduos com diagnóstico de ansiedade ou transtornos depressivos pelo CID-10 não eram reconhecidos como tendo o transtorno pelo médico da atenção primária responsável pelos seus cuidados (SARTORIUS, 2001).

Bós (2005), em um estudo sobre fatores determinantes e consequências econômicas da depressão em idosos no Brasil, sugere que a depressão tem um impacto na participação econômica dos idosos e que intervenções nas políticas de saúde podem prevenir a depressão ou tratar seus efeitos, com um número significativo de idosos continuando a trabalhar. Nesta perspectiva o autor ainda sugere que as intervenções sejam vistas como investimento que trará benefícios futuros na área de crescimento individual, emprego, produção, crescimento econômico e orçamento governamental.

Pesquisas brasileiras apontam que, quando se considera depressão maior, a prevalência na comunidade encontra-se entre 1 e 3% (FERRARI; DALACORTE, 2007). Em pacientes ambulatoriais a prevalência está entre 10 e 12%, chegando a 15% nos pacientes hospitalizados. Quando se considera a prevalência de sintomas depressivos, esta é de aproximadamente 15%, chegando a 20% nos pacientes de atenção primária e 25% nos pacientes hospitalizados. Em idosos institucionalizados, 12 a 16% apresentam depressão e 30 a 40% referem sintomas depressivos (FERRARI; DALACORTE, 2007). Uma pesquisa com idosos de 65 anos ou mais vivendo na comunidade em São Paulo apontou prevalência de sintomas depressivos de 14,3% (BLAY et al., 1991).

Em se tratando do município do Rio de Janeiro, um estudo que avaliou a saúde mental em três distritos com populações de diferentes níveis socioeconômicos (alto, médio e baixo poder aquisitivo) encontrou percentagens de sintomatologia depressiva, respectivamente, de 22,6%, 19,7% e 35,1% (VERAS; MURPHY, 1994). Sartorius (2001) encontrou prevalência de 15,8% de transtornos depressivos (CID-10) entre as pessoas contatando serviços gerais de saúde no Rio de Janeiro e comentou que a prevalência dessas doenças aumenta consideravelmente entre aquelas pessoas com doenças crônicas. Pelo menos 20% dos pacientes com condições crônicas sofrem de transtornos depressivos, o que resulta em um pior prognóstico, tanto para a depressão como para as outras condições crônicas.

Almeida et al. (1997) em estudo realizado na cidade de São Paulo, apontaram evidências de que a depressão nos idosos está associada ao aumento da carga sobre serviços de atenção primária. Tanto ambulatorios de geriatria quanto ambulatorios do Programa de Saúde da Família são portas de acesso de idosos aos serviços de saúde. No que se refere a comparações entre prevalência de depressão ou de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços com diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde, os estudos existentes são escassos. No município do Rio de Janeiro, pouco se conhece sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos nos serviços públicos de níveis primário, secundário e terciário.

Conforme ressaltado, a depressão em idosos é uma preocupação para a saúde pública pela sua frequência e impacto sobre a qualidade de vida. O diagnóstico precoce e o gerenciamento efetivo são fundamentais para melhorar a vida daqueles que sofrem de depressão (FAHEY et al., 2003). É nesse contexto que se torna importante a identificação da magnitude de sintomas de uma doença frequente na população idosa e que tem como ser enfrentada, como é o caso da depressão. Por isso, a avaliação sistemática de queixas de



tristeza nos idosos pode contribuir para melhorar a detecção da depressão neste segmento da população (PARADELA et al., 2005).

## **2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO**

### **2.1 Justificativa**

Como descrito na seção anterior, a queda da fecundidade, combinada ao declínio da mortalidade, levou a um marcante processo de envelhecimento da população brasileira (ALVES et al., 2007). Essencialmente dinâmica, a transição demográfica tem como consequência o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e suas complicações (KALACHE et al., 1987).

Conforme apontado, existem doenças crônicas como a depressão que, antes de representarem um risco imediato de vida, constituem uma ameaça à autonomia e independência do indivíduo (CAMARANO, 2006b; CHAIMOWICZ, 2006; GIACOMIN et al., 2008). Nos idosos, quando não tratada, a depressão apresenta um risco aumentado de morbidade e mortalidade pois surge com frequência em um contexto de associação com outras doenças crônicas (STELLA et al., 2002).

Tanto ambulatorios de geriatria quanto do Programa de Saúde da Família são portas de acesso de idosos aos serviços de saúde. Apesar da enorme importância clínica e para a saúde pública, a depressão ainda é subdiagnosticada e subtratada, particularmente quando ela existe simultaneamente com outros agravos (GUIMARÃES et al., 1997; HIRSCHFELD et al., 1997).

Pesquisas brasileiras apontam que a prevalência de sintomas depressivos aumenta conforme o grau de complexidade de atenção à saúde, sendo de aproximadamente 15% na comunidade, 20% nos pacientes de atenção primária e 25% nos pacientes hospitalizados. Em idosos institucionalizados 30 a 40% referem sintomas depressivos (FERRARI; DALACORTE, 2007).

Se as evidências sugerem que a depressão aumenta à medida que o indivíduo idoso apresenta maior número de comorbidades e, portanto, piores níveis de incapacidade, o diagnóstico precoce é fundamental para melhorar a qualidade de vida daqueles que sofrem de depressão (FAHEY et al., 2003).

No que se refere as comparações entre prevalência de depressão ou de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços com diferentes níveis de complexidade os estudos existentes são escassos. No município do Rio de Janeiro, pouco se conhece sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos nos serviços públicos de níveis primário, secundário e terciário.

Em conformidade com a estimativa da prevalência de depressão em idosos encontrada nos serviços de níveis primário, secundário e terciário é que se justifica o treinamento ou não da equipe de saúde, objetivando a avaliação sistemática de sintomas depressivos também nos idosos da atenção básica (PARADELA et al., 2005). A não investigação de sintomas depressivos nos idosos que procuram atendimento nos serviços de atenção primária pode representar oportunidades perdidas de enfrentamento da doença em questão.

O diagnóstico precoce e o gerenciamento efetivo são fundamentais para melhorar a vida daqueles que sofrem de depressão (FAHEY et al., 2003). É nesse contexto que se torna importante a identificação da magnitude de sintomas de uma doença frequente na população idosa e que tem como ser enfrentada, como é o caso da depressão (PARADELA et al., 2005).

## **2.2 Objetivos**

### **Geral**

Estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços públicos de saúde.

### **Específicos**

- Estimar a prevalência de sintomas depressivos em clientela de idosos usuários de serviços de atenção primária, secundária e terciária.
- Estimar a prevalência de sintomas depressivos segundo diferenciais sociodemográficos (faixa etária, gênero e escolaridade) da população atendida nos três serviços.
- Estudar a coocorrência de sintomas depressivos e níveis de incapacidade.
- Estudar a coocorrência de sintomas depressivos e estado cognitivo.

### 3 MÉTODOS

Esta seção é dividida em duas subseções. A primeira apresenta os detalhes metodológicos que originaram os dados que serão utilizados neste estudo. A segunda subseção diz respeito ao processamento e análise das variáveis de interesse no presente trabalho.

#### 3.1 Origem dos dados que serão utilizados na análise

##### 3.1.1 População de estudo e critérios de elegibilidade

Os dados se originam de uma pesquisa intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla” (PAIXÃO, 2005).

A intenção da pesquisa de fundo foi captar os idosos em serviços que fossem representativos da clientela atendida em serviços públicos de saúde com níveis crescentes de complexidade. Assim, as Unidades que fizeram parte desta pesquisa foram escolhidas considerando-se seu nível de especialização no atendimento ao idoso e a prática de utilização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Foram priorizados os serviços do setor público de saúde e por questões operacionais, optou-se por selecionar três Unidades com diferentes perfis. Cada Unidade selecionada estaria representando uma tipologia de atendimento ao idoso, como descrito a seguir.

O Ambulatório de Geriatria do Setor de Geriatria do HUCFF da Universidade Federal do Rio de Janeiro — Unidade 1: AGSG/HUCFF/UFRJ — promove atendimento de nível secundário e terciário, interdisciplinar, de pacientes com idade mínima de 65 anos, sempre utilizando procedimentos de atendimento de AGA. Todos os pacientes são encaminhados para aquele serviço por sistema de referência e contra referência da rede SUS. Na época da pesquisa, havia cerca de 1000 idosos cadastrados, responsáveis por um volume de atendimento de cerca de 30 pessoas/dia. O AGSG/HUCFF/UFRJ apresentava equipe capacitada, sensibilizada e direcionada especificamente ao atendimento de idosos.

O Ambulatório de Geriatria do Centro de Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI) da Policlínica Piquet Carneiro, ligado à Universidade da Terceira Idade (UNATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — Unidade 2: AG/CIPI/UERJ — promove atendimento de nível secundário, interdisciplinar, de pacientes com idade mínima de 65 anos, utilizando procedimentos de atendimento de AGA nos pacientes que são incorporados ao serviço após a triagem. Os pacientes são encaminhados eventualmente por sistema de referência, mas há uma demanda espontânea por parte dos moradores da área circunscrita. Na época da pesquisa, havia cerca de 1500 idosos cadastrados, responsáveis por um volume de atendimento de cerca de 30 pessoas/dia. Como no AGSG/HUCFF/UFRJ, a equipe também era capacitada, sensibilizada e direcionada ao atendimento de idosos.

A Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá — Unidade 3: USPSF/LAPA/UNESA — faz parte do Programa Saúde da Família Lapa que funciona desde janeiro de 2002 a partir de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e aquela instituição. Ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação de saúde são realizadas pelos estudantes de medicina sob supervisão docente. O Programa desenvolve atendimentos em nível primário em sua Unidade e visitas domiciliares realizadas pela equipe de médicos, enfermeiros, agentes de saúde e estudantes de medicina. Na época da pesquisa, a população cadastrada era de cerca de 1300 famílias e 3400 pessoas, atendidas a partir de consultas agendadas e demanda espontânea.

Para esta pesquisa foram captados idosos de 65 ou mais anos, clientes de serviços de geriatria das três Unidades de atendimento. Em cada local, a captação dos sujeitos ocorreu em todos os dias e turnos de atendimento, entre segunda e sexta-feira, por processo de amostragem aleatória. Foram excluídos idosos que não podiam se comunicar com os entrevistadores, como por exemplo, por deficiências auditivas ou de fala suficientemente graves. Pelo mesmo motivo, idosos com distúrbios cognitivos graves também foram excluídos. Para tanto, utilizou-se o critério de um escore no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein (1975) e Lourenço (2002) igual ou menor a 10 (FELDMAN; WOODWARD, 2005). Após as exclusões, o tamanho amostral foi de 643 idosos, 449 do sexo feminino e 194 do masculino.

### 3.1.2 Aspectos relacionados à aferição e coleta dos dados

A pesquisa de fundo faz parte de um programa mais amplo de investigações epidemiológicas focalizando centralmente a violência de foro íntimo.

Para a pesquisa de fundo foi recrutada e treinada uma equipe de entrevistadores. Cada equipe constituída foi treinada no local. Os entrevistadores, em número de 13 no total, foram mulheres com nível superior, formadas em serviço social ou medicina, e um homem formado em terapia ocupacional. Os entrevistadores passaram por um processo de treinamento rigoroso com a finalidade de homogeneizar e adequar as abordagens da equipe para realização de entrevistas. O conteúdo do treinamento envolveu orientações gerais sobre postura durante as entrevistas, abordagem dos sujeitos elegíveis, bem como noções referentes aos instrumentos de coleta de dados. Como parte do treinamento os entrevistadores aplicaram, entre si e sob supervisão, o questionário que foi utilizado na pesquisa em indivíduos idosos dos três sítios. Desta forma, dúvidas eventuais puderam ser debatidas com o coordenador do projeto antes da entrada efetiva em campo.

A estratégia de coleta dos dados consistiu em entrevistar os idosos antes de suas consultas marcadas. Os idosos do PSF foram entrevistados no serviço de saúde (ambulatório central do PSF) bem como em seus domicílios. Os idosos estudados foram esclarecidos, por via oral e escrita, sobre os objetivos do estudo. O tempo médio para entrevistas com os idosos foi de 30 minutos.

Foram realizadas reuniões onde foram discutidas as dificuldades, em campo, de aplicação dos instrumentos. Houve duas reuniões de retreinamento das equipes durante todo o período de trabalho de campo.

O questionário aplicado aos idosos na pesquisa de fundo era multidimensional, abrangendo (a) dados gerais do idoso, (b) características demográficas e culturais e avaliação do idoso, (c) Estado Mental — instrumento Mini-Exame do Estado Mental, Lourenço (2002) (d) Estado Funcional — instrumentos HAQ (Health Assessment Questionnaire) Ferraz et al., 1990) e SF-36 Ciconelli (1997), (e) Estado Tímico — Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage Almeida (1999); Paradela et al. (2005) (f) Violência Doméstica — instrumentos Conflict Tactics Scale (CTS-1) (Hasselmann e Reichenheim, 2003) e Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) (REICHENHEIM, et al., 2008).

Os detalhes referentes às variáveis de interesse são apresentados na seção 1.3.2.

### 3.1.3 Processamento dos dados

Os dados foram digitados no programa Epi-Info, Dean et al. (2000), com dupla digitação e testes de confiabilidade para verificar diferenças entre digitadores. Os dados digitados foram organizados no programa STATA 8 e disponibilizados para análise, com verificação de dados faltantes ou com resultados incompatíveis com o item específico, verificando nos questionários originais as incompatibilidades ou resultados pouco plausíveis.

### 3.1.4 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética das respectivas instituições e da instituição promotora. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram garantidas a não-identificabilidade e a confidencialidade das informações.

## 3.2 **Processamento e análise das variáveis de interesse**

A prevalência de sintomas depressivos foi aferida a partir da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (YESAVAGE et al., 1982). Descrita em língua inglesa e originalmente composta por 30 itens, a EDG foi desenvolvida para o rastreamento de transtornos do humor em idosos. Composta por perguntas que evitam a esfera de queixas somáticas, a EDG possui perguntas de compreensão fácil e com pequena variação nas possibilidades de respostas, podendo ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. Em 1986, Sheikh & Yesavage (1986) partindo dos itens que mais fortemente se relacionavam com o diagnóstico de depressão, elaboraram uma versão reduzida da escala original (EDG-15), já traduzida e validada para uso no Brasil (PARADELA et al., 2005). Trata-se de um dos instrumentos mais utilizados no rastreamento de depressão em idosos.

A EDG-15 é composta por 15 itens com opção de resposta dicotoma (sim/não) conforme mostrado no Quadro 1. Vale reparar que cinco itens (1, 5, 7, 11 e 13) apresentam pontuação reversa. O *layout* da EDG-15 conforme inserida no questionário multidimensional da pesquisa de fundo, pode ser encontrado no Anexo 4.

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

Quadro 1 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (SHEIKH; YESAVAGE, 1986; PARADELA et al., 2005)

Fonte: A autora, 2010.

Com relação ao ponto de corte mais adequado, os estudos de validade da EDG-15 mostram algumas poucas variações. No Brasil, Almeida (1999) aplicaram a EDG-15 em 64 idosos de um ambulatório psiquiátrico na cidade de São Paulo, segundo os critérios do DSM-IV, para o diagnóstico de depressão maior ou distímia. No ponto de corte 4/5, obtiveram sensibilidade de 97,0% e a especificidade de 54,8%. No ponto de corte 5/6, obtiveram sensibilidade de 90,9% e a especificidade de 64,5%. Subindo o ponto de corte para 6/7, a sensibilidade foi de 84,8% e a especificidade de 67,7%. Paradela et al. (2005), no estudo de validação da EDG-15 em um ambulatório da rede pública de saúde na cidade do Rio de Janeiro, também utilizaram os critérios do DSM-IV e aplicaram a EDG-15 em 302 indivíduos com 65 anos ou mais. No ponto de corte 4/5, obtiveram sensibilidade de 86,5% e a especificidade de 63,3%. O ponto de corte 5/6 mostrou sensibilidade de 81,1% e especificidade de 71,1%. Subindo o ponto de corte para 6/7, a sensibilidade foi de 73,0% e a especificidade de 78,3%. O ponto de corte 4/5 foi o utilizado no presente estudo, por ser o de maior sensibilidade em ambos os estudos brasileiros. Sendo assim, valores maiores ou iguais

a cinco na EDG-15 caracterizarão o idoso como portador de sintomas depressivos e, portanto, com suspeita de depressão.

Conforme proposto nos objetivos, estudou-se a prevalência de sintomas depressivos em idosos estratificando por nível de complexidade de acordo com três serviços de interesse: ambulatório de geriatria do Setor de Geriatria do HUCFF da Universidade Federal do Rio de Janeiro (atendimento de nível secundário e terciário); o ambulatório de geriatria do Centro de Cuidados Integrais à Pessoa Idosa (CIPI) da Policlínica Piquet Carneiro, ligado à Universidade da Terceira Idade (UNATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (atendimento de nível secundário); Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (atendimento de nível primário).

Foi traçado um perfil sociodemográfico para cada um dos três níveis de complexidade. Para tal foram formados subgrupos considerando as seguintes variáveis:

(a) Idade verificada na carteira de identidade, categorizada em duas faixas etárias: 65 a 74 anos e 75 anos e mais. A categorização da idade a partir de 65 anos não estaria de acordo com a definição da OMS que define como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, quando se refere aos países em desenvolvimento. No entanto, o dado disponível no banco de dados da pesquisa de fundo considerou apenas os idosos a partir de 65 anos, por uma questão de logística de captação própria dos serviços, que aceitam apenas idosos a partir desta idade;

(b) gênero (masculino e feminino);

(c) nível educacional representado pelo número de anos estudados no ensino formal, e considerado como proxy de status socioeconômico. A variável foi categorizada em quatro níveis, a saber, 0 a 4 anos, 5 a 10 anos, 11 anos e mais de escolaridade. A categorização em anos de estudo é mais fidedigna do que categorizar o nível educacional segundo o nível (primário, secundário e terciário) de escolaridade.

O nível de incapacidade foi definido conforme os escores do instrumento SF-36 (CICONELLI, 1997) e HAQ (FERRAZ et al., 1990). Para o SF-36 os escores variam de 0 a 100 e não há ponto de corte. No SF-36, quanto mais próximo de 100, melhor é o estado de saúde. No HAQ os escores variam de 0 a 3 e são divididos em quatro categorias de acordo com o nível de independência: de 0,0-0,5 o paciente é completamente independente; de 0,5-1,25 o paciente é considerado independente, porém com alguma dificuldade para realizar as AVDs; de 1,25-2,0 o paciente ainda é independente, porém com maior dificuldade para realizar as AVDs; de 2,0-3,0 o paciente é considerado gravemente dependente. Esta forma de operacionalização foi a utilizada no presente estudo.



O estado cognitivo foi definido conforme os escores do MEEM. Tal instrumento apresenta escores que variam de 0 a 30. Como os indivíduos com distúrbios cognitivos graves ( $MEEM \leq 10$ ) foram excluídos do estudo, os escores variaram de 11 a 30. Os indivíduos não foram categorizados como portadores ou não de demência. O estado cognitivo foi estudado de forma contínua, ou seja, quanto mais próximo de 11, pior é o estado cognitivo.

Os dados foram gerenciados através do software R, versão 2.6.2, e sumarizados por análise descritiva, com frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para comparar as proporções da variável estudada em cada unidade de atendimento e em cada subgrupo. Este também foi realizado para testar a associação entre sintomas depressivos e níveis de capacidade funcional.

## 4 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

### 4.1 Introdução

No Brasil, a transição demográfica ocorreu de forma rápida e explosiva (RAMOS, 2005). Entre os anos de 1980 a 2005 o crescimento total da população foi de 55,3% (Inouye, Pedrazzani *et al.*, 2008), sendo que a população com 60 anos ou mais cresceu aproximadamente em 115% (DATASUS, 2005). Conforme estimativas preliminares elaboradas pelo IBGE para os anos intercensitários, em 2009 a população com 60 anos ou mais chegou a pouco mais de 19 milhões de idosos (DATASUS, 2009). Essas mudanças no perfil demográfico do Brasil implicam em alterações no padrão de morbidade, ou seja, à medida que o número de idosos cresce ocorre o aumento da prevalência de doenças crônicas e suas complicações, evento este denominado transição epidemiológica (KALACHE *et al.*, 1987; SCHRAMM *et al.*, 2004a).

No indivíduo idoso a perda esperada de reservas fisiológicas associada àquela ocasionada por agravos crônicos e/ou agudos pode acelerar um declínio que, a partir de certo limiar, caracteriza-o como frágil e o torna vulnerável à piora da capacidade funcional (HEKMAN, 2006). A capacidade funcional do indivíduo idoso concerne ao conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades de vida diária e inclui as atividades básicas (AVDs – caracterizadas pelas atividades de autocuidado) e instrumentais da vida diária (AIVDs – caracterizadas por tarefas mais complexas, necessárias para o indivíduo viver de forma independente no seu domicílio e na comunidade) (RUBENSTEIN, 1995). O idoso é considerado independente quando é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda de terceiros todas as atividades de vida diária (BRASIL, 2006e).

A habilidade funcional pode ser vista como uma medida de resumo do impacto geral das condições médicas no contexto do ambiente e do sistema de apoio social do indivíduo. Mais importante, a habilidade de um indivíduo idoso funcionar segundo seus desejos de estilo de vida deve ser uma consideração importante em qualquer planejamento de saúde. A capacidade funcional da pessoa idosa passa, portanto, a ser relevante porque, de acordo com o estado funcional, serão estabelecidas ações de atenção primária, prevenção e reabilitação, visando à recuperação da autonomia funcional (BRASIL, 2006e).

Uma enfermidade associada a elevado grau de incapacidade funcional é a depressão (SHERINA *et al.*, 2005). Em idosos caracteriza-se particularmente por se associar

com frequência a outras doenças crônicas, isolamento social e comprometimento da qualidade de vida. Se não abordada, a depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade em idosos (Stella, Gobbi *et al.*, 2002), declínio funcional, aumento do estresse familiar, do risco de novas doenças, piora na recuperação de doenças preexistentes, além de causar prejuízo cognitivo e aumentar os custos para a família e para a sociedade (SHERINA *et al.*, 2005). Nas fases tardias da transição epidemiológica no Brasil haverá um cenário caracterizado pela elevada prevalência de doenças neuropsiquiátricas (CHAIMOWICZ, 2006). Entre os agravos de saúde mental, a depressão é um dos mais comuns e importantes problemas psiquiátricos entre indivíduos idosos (CARSON; MARGOLIN, 2005).

Os critérios para o diagnóstico da depressão são conhecidos e validados (DSM-IV, 1994; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). No entanto, como os componentes da depressão são essencialmente sindrômicos e não se referem a uma fisiopatologia clara ou conhecida, há situações em que estão presentes sintomas depressivos que, embora não preencham os critérios diagnósticos para transtorno do humor pelo CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998) e DSM IV (DSM-IV, 1994), são relevantes do ponto de vista clínico por também trazerem danos à saúde e ao bem-estar do indivíduo idoso, podendo evoluir para depressão maior em 25% dos casos (FRANK; RODRIGUES, 2006). Evidências indicam que a prevalência de sintomas depressivos no Brasil aumenta conforme o grau de complexidade de atenção à saúde, sendo de aproximadamente 15% na comunidade, 20% nos pacientes de atenção primária e 25% nos pacientes hospitalizados. Em idosos institucionalizados 30 a 40% referem sintomas depressivos (FERRARI; DALACORTE, 2007).

No que tange aos diferentes níveis de complexidade de atendimento ao idoso, a recomendação da Organização Pan Americana de Saúde é de que as práticas se concentrem em programas gerais de base comunitária, visando ao desenvolvimento de políticas e programas institucionais de atenção aos idosos (BRASIL, 2006a). Além disto, a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 (Lei Nº 8.842/94) (BRASIL, 1994b) e regulamentada em 1996 (Decreto Nº 1.948/96) (BRASIL, 1996), reafirmou o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1994a).

A atividade de Atenção Básica à Saúde é considerada, no programa do Sistema Único de Saúde, sua porta de entrada e um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para a implementação da atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2009b). Por sua vez, a prática de cuidados às pessoas idosas leva em conta a forte interação de fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a

importância do ambiente no qual estão inseridos. Esta prática exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional (BRASIL, 2006e). Com isso, uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais necessária, com o objetivo de diagnosticar precocemente problemas de saúde e orientar serviços de apoio quando forem necessários (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005). Tais atividades se enquadram no que se tem denominado Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) (COSTA; MONEGO, 2003)

É com foco na avaliação funcional que os autores ressaltam a importância atual da investigação de sintomas depressivos na população idosa em todos os níveis da atenção à saúde. Atualmente, essa investigação sistemática é realizada nos serviços que realizam a AGA, mas não na atenção básica. Se os estudos sugerem que a depressão aumenta à medida que os indivíduos idosos apresentam maior número de comorbidades e, portanto, piores níveis funcionais, o diagnóstico precoce tanto do estado funcional quanto dos sintomas depressivos é fundamental para melhorar a qualidade de vida daqueles que sofrem de depressão ou de sintomas depressivos (FAHEY et al., 2003). Apesar da enorme importância clínica e para a saúde pública, a depressão ainda é subdiagnosticada e subtratada, particularmente quando ela existe simultaneamente a outros agravos (GUIMARÃES et al., 1997; HIRSCHFELD et al., 1997).

No que se refere a comparações entre prevalência de depressão ou de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços com diferentes níveis de complexidade os estudos existentes são escassos, no melhor do conhecimento dos autores. Portanto, estudar a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços públicos de saúde com diferentes níveis de complexidade pode auxiliar no planejamento de estratégias de atendimento locais mais adequadas na identificação da necessidade de treinamento da equipe de saúde, objetivando a avaliação sistemática de sintomas depressivos também nos idosos da atenção básica (PARADELA et al., 2005). A não investigação de sintomas depressivos nos idosos que procuram atendimento nos serviços de atenção primária pode representar oportunidades perdidas. Este estudo teve como objetivos estimar a prevalência de sintomas depressivos segundo três níveis de complexidade de atenção à saúde, estimar a prevalência de sintomas depressivos segundo diferenciais sociodemográficos (faixa etária, gênero e escolaridade) da população atendida nos três serviços, além de estudar a coocorrência de sintomas depressivos e níveis de estado funcional e a coocorrência de sintomas depressivos e estado cognitivo.

## 4.2 Métodos

### 4.2.1 População de estudo e critérios de elegibilidade

Os dados concernem idosos atendidos em três serviços públicos de saúde com níveis crescentes de complexidade. O Ambulatório do Setor de Geriatria do HUCFF da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Unidade 1) promove atendimento de nível secundário e terciário, interdisciplinar, de pacientes com idade mínima de 65 anos, sempre utilizando procedimentos de atendimento de AGA. Todos os pacientes são encaminhados para aquele serviço por sistema de referência e contra referência da rede SUS; O Ambulatório de Geriatria do Centro de Cuidados Integrals à Pessoa Idosa (CIPI) da Policlínica Piquet Carneiro, ligado à Universidade da Terceira Idade (UNATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Unidade 2) - promove atendimento de nível secundário, interdisciplinar, a pacientes com idade mínima de 65 anos, utilizando procedimentos de atendimento de AGA naqueles que são incorporados ao serviço após a triagem. Os pacientes são encaminhados eventualmente por sistema de referência, mas há uma demanda espontânea por parte dos moradores da área circunscrita; A Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (Unidade 3) faz parte do Programa Saúde da Família da Lapa desde janeiro de 2002, fruto de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Universidade. Ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação de saúde são realizadas pelos estudantes de medicina sob supervisão docente. O Programa presta atendimentos de nível primário em sua Unidade e visitas domiciliares realizadas pela equipe de médicos, enfermeiros, agentes de saúde e estudantes de medicina. Os idosos são atendidos a partir de consultas agendadas e demanda espontânea.

Para esta pesquisa foram captados sujeitos de idade de 65 ou mais anos, clientes das três Unidades de atendimento. Em cada local, a captação ocorreu por processo de amostragem aleatória. Foram excluídos os que não podiam se comunicar com os entrevistadores como, por exemplo, por deficiências auditivas ou de fala suficientemente graves. Pelo mesmo motivo, indivíduos com distúrbios cognitivos graves foram excluídos. Para tanto se utilizou o critério de um escore no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein (1975) e Lourenço, (2002) igual ou menor que 10 (FELDMAN; WOODWARD, 2005). Após as exclusões, o tamanho amostral foi de 643 idosos (449 do sexo feminino e 194 do masculino).

#### 4.2.2 Aspectos relacionados à aferição e coleta de dados

O questionário aplicado na pesquisa original era multidimensional abrangendo, entre outros itens, (a) dados gerais do idoso, (b) características demográficas e culturais e avaliação do idoso, (c) Estado Funcional — instrumentos *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) (Ferraz, Oliveira *et al.*, 1990) e *Short-Form-36 Health Survey* (SF-36) (Ciconelli, 1997), e (d) Estado Tímico — Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage de 15 itens (EDG-15) (Almeida e Almeida, 1999; Paradelo, Lourenco *et al.*, 2005), (e) Estado Mental — instrumento Mini-Exame do Estado Mental (Lourenço, 2002).

#### 4.2.3 Processamento e análise das variáveis de interesse

A prevalência de sintomas depressivos foi estimada a partir da EDG(Yesavage, Brink *et al.*, 1982) em sua versão reduzida de 15 itens (EDG-15), já traduzida e validada para uso no Brasil (PARADELA *et al.*, 2005). Os itens da EDG-15 possuem opção de resposta dicótoma (sim/não). O ponto de corte 4/5 foi o que mostrou maior sensibilidade no estudo de validação do instrumento no Brasil (PARADELA *et al.*, 2005). Esse é o ponto de corte a ser considerado no presente estudo, com valores iguais ou maiores que cinco na EDG-15 caracterizando o idoso como portador de sintomas depressivos e, portanto, com suspeita de depressão.

O perfil sociodemográfico traçado para cada um dos três níveis de complexidade de atendimento considerou a formação de subgrupos conforme as variáveis de idade (categorizada em duas faixas etárias: 65 a 74 anos e 74 anos ou mais), gênero (masculino e feminino) e nível educacional (0 a 4 anos, 5 a 10 anos e 11 anos e mais). O nível de estado funcional foi definido conforme os escores dos instrumentos SF-36 (Ciconelli, 1997) e HAQ(Ferraz, Oliveira *et al.*, 1990). Para o SF-36 os escores variam de 0 a 100 e não há ponto de corte. No SF-36, quanto mais próximo de 100, melhor é o estado de saúde. No HAQ os escores variam de 0 a 3 e são divididos em quatro categorias de acordo com o nível de independência: de 0,0-0,5 o paciente é completamente independente; de 0,5-1,25 o paciente é considerado independente, porém com alguma dificuldade para realizar as AVDs; de 1,25-2,0 o paciente ainda é independente, porém com maior dificuldade para realizar as AVDs; de 2,0-3,0 o paciente é considerado gravemente dependente. Esta forma de operacionalização foi a utilizada no presente estudo.

O nível de estado cognitivo foi definido conforme os escores do MEEM. Tal instrumento apresenta escores que variam de 0 a 30. Como os indivíduos com distúrbios cognitivos graves ( $MEEM \leq 10$ ) foram excluídos do estudo, os escores variaram de 11 a 30. Os indivíduos não foram categorizados como portadores ou não de demência. O estado cognitivo foi estudado de forma contínua, ou seja, quanto mais próximo de 11, pior é o estado cognitivo.

Os dados foram gerenciados através do software R, versão 2.6.2, e sumarizados por análise descritiva, com frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para comparar as proporções da variável estudada em cada Unidade de atendimento e em cada subgrupo. Este também foi realizado para testar a associação entre sintomas depressivos e níveis de capacidade funcional.

#### 4.3 Resultados

Conforme mostra a Tabela 1, grande parte dos idosos da população do estudo eram mulheres de raça branca, com idade maior ou igual a 75 anos, de baixa escolaridade (quatro ou menos anos de estudo), viúvas sem companheiros, morando sem os filhos. A Unidade 2 (CIPI) apresenta perfil semelhante ao perfil geral da população estudada. Na Unidade 1 (HU) o mesmo ocorre, exceto quanto ao número de filhos morando junto ao idoso, pois nesta Unidade a maioria dos idosos mora com 1 filho. Já na Unidade 3 (PSF) houve maior prevalência de idosos na faixa etária menor.

A maioria dos idosos das Unidades 2 e 3 apresentaram nível de capacidade funcional caracterizado como completamente independentes a partir do instrumento HAQ. Na Unidade 1, grande parte dos idosos foi caracterizada como completamente independente, sendo que este serviço foi o que mostrou maiores percentuais de idosos completamente dependentes.

**Tabela 1-** População de idosos do estudo - Perfil sócio-demográfico e níveis de capacidade funcional, geral e por nível de complexidade de atendimento (continua)

	Total da amostra			CIPI		PSF		HU		p-valor
	N	%	IC (95%)	N	%	N	%	N	%	
<b>Faixa Etária</b>	627			229		185		213		<0,000
65 a 74 anos	253	40,40%	36,48 - 44,31	85	37,10%	99	53,50%	69	32,40%	
75 anos e mais	374	59,60%	55,69 - 63,51	144	62,90%	86	46,50%	144	67,60%	
<b>Escolaridade</b>	626			227		183		216		<0,000
0 a 4 anos	343	54,80%	50,79 - 58,74	136	59,90%	73	39,90%	134	62%	
5 a 10 anos	201	32,10%	28,46 - 35,92	75	33%	59	32,20%	67	31%	
11 anos e mais	82	13,10%	10,55 - 15,97	16	7%	51	27,90%	15	6,90%	
<b>Sexo</b>	643			235		187		221		0,180
Masculino	194	30,20%	26,64 - 33,88	62	26,40%	65	34,80%	67	30,30%	
Feminino	449	69,80%	66,12 - 73,35	173	73,60%	122	65,20%	154	69,70%	
<b>Estado Civil</b>	642			235		187		220		<0,000
Solteiro sem companheiro	100	15,60%	12,85 - 18,62	28	11,90%	53	28,30%	19	8,60%	
Casado	208	32,40%	28,79 - 36,17	84	35,70%	40	21,40%	84	38,20%	
Viuvo sem companheiro	264	41,10%	37,28 - 45,04	107	45,50%	57	30,50%	100	45,50%	
Divorciado sem companheiro	37	5,80%	4,09 - 7,85	7	3%	19	10,20%	11	5%	
Vive com companheiro sem ter casado	33	5,10%	3,56 - 7,14	9	3,80%	18	9,60%	6	2,70%	
<b>Nº Filhos morando junto</b>	530			204		124		202		<0,000
0	268	50,60%	46,22 - 54,90	104	51%	84	67,70%	80	39,60%	
1	207	39,10%	34,88 - 43,36	75	36,80%	34	27,40%	98	48,50%	
2 ou mais	55	10,40%	7,91 - 13,29	25	12,30%	6	4,80%	24	11,90%	
<b>Raça</b>	637			234		185		218		0,100
Branca	341	53,50%	49,57 - 57,46	126	53,80%	107	57,80%	108	49,50%	
Parda/Mulata/Morena/Cabocla	218	34,20%	30,54 - 38,05	71	30,30%	58	31,40%	89	40,80%	
Negra	74	11,60%	9,23 - 14,36	35	15%	18	9,70%	21	9,60%	
Amarela/Oriental	1	0,20%	<0,000 - 0,87	1	0,40%	0	0%	0	0%	
Indígena	3	0,50%	0,097 - 1,37	1	0,40%	2	1,10%	0	0%	



**Tabela 1** - População de idosos do estudo - Perfil sócio-demográfico e níveis de capacidade funcional, geral e por nível de complexidade de atendimento (conclusão)

	Total da amostra			CIPI		PSF		HU		p-valor
	N	%	IC (95%)	N	%	N	%			
<b>Capacidade funcional pelo HAQ</b>	581			214		175		192		<0,000
1*	343	59,00%	54,91 - 63,07	120	56,10%	135	77,10%	88	45,80%	
2**	134	23,10%	19,70 - 26,71	53	24,80%	25	14,30%	56	29,20%	
3***	80	13,80%	11,07 - 16,84	34	15,90%	12	6,90%	34	17,70%	
4****	24	4,10%	2,66 - 6,08	7	3,30%	3	1,70%	14	7,30%	

N: nº absoluto de idosos

\*Completamente independente \*\*Mais independente \*\*\*Menos independente \*\*\*\*Completamente dependente

Fonte: A autora, 2010.

A prevalência de sintomas depressivos foi de 35,3% na Unidade 3, 47,6% na Unidade 2 e 51,7% na Unidade 1 ( $p= 0,004$ ). No que se refere aos sintomas depressivos considerando toda a população de idosos estudada, a prevalência encontrada foi de 45,2% (IC 95% = 41,1 – 49,3).

As prevalências de sintomas depressivos segundo diferenciais sociodemográficos e níveis de capacidade funcional estão expostas na Tabela 2 abaixo. A estimativa de sintomas depressivos do total da amostra foi maior no sexo feminino do que no sexo masculino, e essa diferença foi estatisticamente significativa. A prevalência de sintomas depressivos segundo gênero da população específica de cada um dos três serviços se comportou de forma diferente. Embora nas três Unidades de atendimento a prevalência de sintomas depressivos tenha sido maior no sexo feminino, houve diferença estatisticamente significativa apenas no nível terciário.

Na amostra total quanto menor o nível de escolaridade, maior a prevalência de sintomas depressivos, conforme observado na Tabela 2. O mesmo ocorreu na Unidade 1 (nível terciário). Na Unidade 2 a maior prevalência de sintomas depressivos tendeu a se dar no menor nível de escolaridade, e na Unidade 3 a prevalência de sintomas depressivos tendeu a ser maior no nível de escolaridade de 5 a 10 anos, embora sem significância estatística.

A prevalência geral de sintomas depressivos na amostra estudada aumentou à medida que o grau de incapacidade funcional e, portanto, de dependência, também aumentou. Em todos os três serviços houve associação entre sintomas depressivos e incapacidade funcional.

**Tabela 2** - Prevalência de sintomas depressivos segundo Sexo, Escolaridade, Faixa Etária e Capacidade Funcional, geral e por nível de complexidade de atendimento

SUBGRUPO	CIPI				PSF				HU				TOTAL DA AMOSTRA			
	Total	N	%	p-valor	Total	N	%	p-valor	Total	N	%	p-valor	Total	N	%	p-valor
<b>Sexo</b>				0,235				0,314				0,044				0,006
Masculino	53	21	39,60%		64	19	29,70%		62	25	40,30%		179	65	36,30%	
Feminino	155	78	50,30%		120	46	38,30%		139	79	56,80%		414	203	49,00%	
<b>Escolaridade</b>				0,608				0,074				0,009				0,001
0 a 4 anos	122	60	49,20%		71	26	36,60%		122	73	59,80%		315	159	50,50%	
5 a 10 anos	65	28	43,10%		59	25	42,40%		61	23	37,70%		185	76	41,10%	
11 anos e mais	13	5	38,50%		50	11	22,00%		14	5	35,70%		77	21	27,30%	
<b>Faixa Etária</b>				0,958				0,746				0,286				0,402
65 a 74 anos	78	37	47,40%		98	36	36,70%		66	30	45,50%		242	103	42,60%	
75 anos e mais	124	58	46,80%		84	28	33,30%		128	70	54,70%		336	156	46,40%	
<b>Capacidade funcional pelo HAQ</b>				<0,000				<0,000				<0,000				<0,000
1*	109	33	30,30%		133	35	26,30%		81	24	29,60%		323	92	28,50%	
2**	49	30	61,20%		25	14	56,00%		51	31	60,80%		125	75	60,00%	
3***	30	22	73,30%		12	9	75,00%		30	23	76,70%		72	54	75,00%	
4****	7	7	100%		3	2	66,70%		11	10	90,90%		21	19	90,50%	

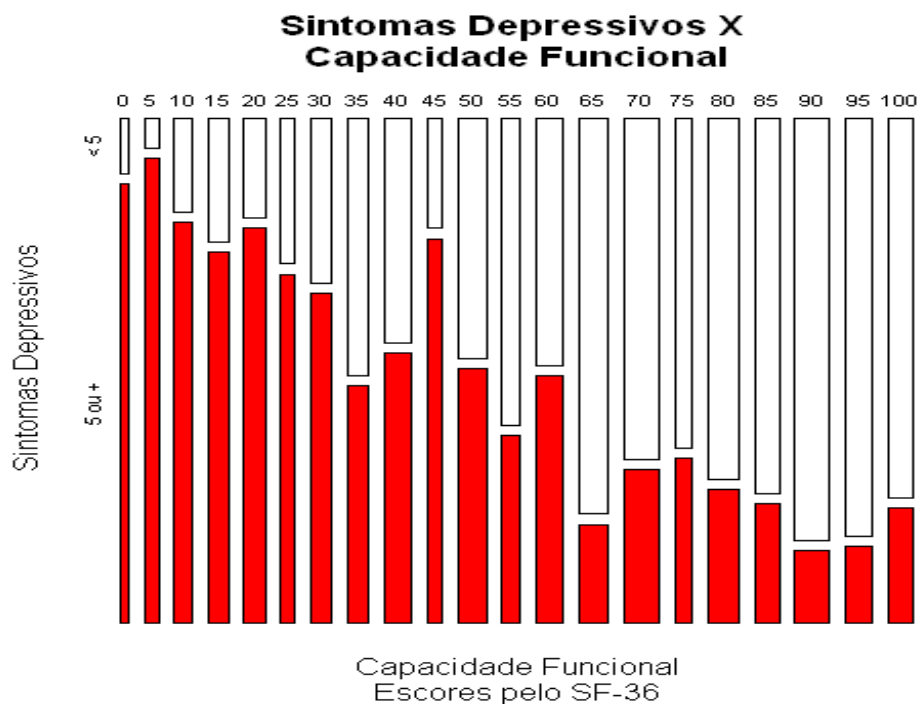
N: nº absoluto de idosos com sintomas depressivos nos subgrupos Sexo, Escolaridade, Faixa Etária e Capacidade Funcional

Total: nº absoluto de idosos em cada subgrupo, segundo os 3 locais de atendimento e segundo a população total da amostra

\*Completamente independente \*\*Mais independente \*\*\*Menos independente \*\*\*\*Completamente dependente

Fonte: A autora, 2010.

Também houve associação entre sintomas depressivos e incapacidade pelo instrumento SF-36, com a mesma tendência a menores prevalências de sintomas depressivos à medida que o nível de incapacidade diminui, conforme mostra a Figura 1 ( $p < 0,000$ ).



**Figura 1** - Prevalência de sintomas depressivos (escores pela EDG maiores ou iguais a 5) segundo Capacidade Funcional medida pelo instrumento de qualidade de vida SF-36.

Branco: Idosos sem sintomas depressivos; Preto: Idosos com sintomas depressivos

Fonte: A autora, 2010.

O estudo também avaliou a associação entre sintomas depressivos e estado cognitivo, verificando-se, na amostra total, que sua prevalência tende a ser maior para escores menores do MEEM ( $p < 0,000$ ). A mesma tendência foi verificada na unidade 1 ( $p = 0,004$ ) mas não nas unidades 2 (0,446) e 3 ( $p = 0,309$ ). O diagnóstico informado de demência foi de 53,4% na Unidade 1, 56,2% na Unidade 2 e 36,4% na Unidade 3 ( $p < 0,000$ ).

#### 4.4 Discussão

Este artigo procurou identificar as possíveis diferenças e especificidades, no que tange à depressão e à capacidade funcional, que caracterizam os idosos nos diferentes níveis de complexidade de atendimento. Com isso, pretendeu trazer uma reflexão quanto às diferenças e necessidades no planejamento em saúde. Evidências recentes apontam para uma prevalência de 1% a 3% de depressão maior em idosos na comunidade, chegando a 15% quando se refere

à presença de sintomas depressivos (Duarte e Rego, 2007). No nível de atenção primária o percentual é de 10% a 12% de depressão maior e 20% de sintomas depressivos (FERRARI; DALACORTE, 2007). No presente estudo, encontramos 35,3% ( $p=0,004$ ) de prevalência de sintomas depressivos na Unidade de atenção básica. Este valor chama a atenção não apenas porque parece maior do que indica a literatura, mas, principalmente, porque na Unidade de atenção básica estudada não existe, de rotina, rastreamento sistemático de sintomas depressivos em indivíduos idosos, o que pode também estar ocorrendo em Unidades semelhantes, principalmente em regiões menos privilegiadas do país.

A depressão na população idosa representa um problema de saúde pública pela sua associação com patologias crônicas, pelo impacto negativo na qualidade de vida, pela elevada prevalência e aumento da mortalidade (DUARTE; REGO, 2007). A investigação de sintomas depressivos nos idosos por parte dos profissionais de saúde tem se tornado tão importante que os Cadernos de Atenção Básica dedicam uma seção para ressaltar o agravo depressão e oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. No entanto, essa abordagem exige treinamento da equipe, uma vez que os profissionais que atuam nessa área muitas vezes não estão voltados para a investigação dos sintomas depressivos.

A intenção aqui é trazer uma reflexão quanto à necessidade de enfrentamento da depressão como patologia frequente no idoso. Além de frequente, suas consequências afetam diretamente a capacidade funcional e muitas vezes também a autonomia dos idosos. Tal fato compromete a qualidade de vida, como indicam os resultados aqui apresentados, em que houve correlação entre capacidade funcional e sintomas depressivos, bem como entre estes e distúrbios cognitivos. Conforme os resultados encontrados, quanto maior o grau de incapacidade funcional e dependência, maior é a prevalência de sintomas depressivos. É conhecida a concorrência de depressão e incapacidade; esta se dá de forma bidirecional, ou seja, a depressão e doenças crônicas sofrem influências mútuas como gatilhos e agentes sinérgicos (DUARTE; REGO, 2007).

As diferenças de prevalência de sintomas depressivos evidenciadas no presente estudo, em cada Unidade de atendimento, eram esperadas uma vez que as Unidades 1 e 2, que prestam atendimento de maior nível de complexidade (terciário e secundário), foram as que apresentaram maiores prevalências. Nessas Unidades a proposta da avaliação geriátrica ampla e funcional está implementada na rotina de atendimento. Entretanto, chama atenção a prevalência de sintomas depressivos na população de idosos da Unidade básica de saúde, que foi alta apesar de nesta unidade os idosos serem mais independentes e mais saudáveis.

Os sintomas depressivos no idoso podem ser de difícil diagnóstico, porque muitas vezes se apresentam de forma atípica ou se confundem com queixas somáticas. Essas considerações tornam mais evidente a necessidade de investigação sistemática de sintomas depressivos nos idosos atendidos nos serviços de nível primário.

Neste contexto, vale ressaltar outra questão que trata das medidas implementadas na tentativa de valorizar a avaliação do idoso em um contexto mais amplo de atendimento. Para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso, a história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes. O objetivo da avaliação em geriatria deve ser o diagnóstico precoce e interdisciplinar de problemas de saúde utilizando um viés da avaliação funcional e a orientação de serviços de apoio quando forem necessários (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

O nível educacional, representado pelo número de anos estudados no ensino formal, foi considerado neste estudo como proxy de estado socioeconômico. Em conformidade com a literatura, as análises deste estudo evidenciaram uma prevalência geral maior de sintomas depressivos quanto menor o nível educacional (GAZALLE et al., 2004). Tal fato foi observado na Unidade 1, que é também a Unidade de maior complexidade de atendimento. A mesma tendência apareceu nas Unidades 2 e 3, embora sem significação estatística.

O resultados encontrados devem ser examinados considerando também suas limitações. A captação de idosos atendidos em três serviços públicos de saúde vinculados a universidades compromete o domínio do estudo. A amostragem probabilística teve como objetivo permitir que os dados fossem generalizáveis para outras populações de domínio semelhante ao deste estudo. A questão não está somente no fato das três Unidades caracterizarem locais de treinamento de profissionais em serviço, mas também na representatividade da amostra. Por isso seria interessante que outros estudos semelhantes a este buscassem identificar, em outras cidades, as diferenças entre as prevalências de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços com diferentes níveis de complexidade de atendimento. Outro estudo interessante seria a comparação com serviços de localidades do interior dos Estados que poderia, por exemplo, acrescentar conhecimento local e melhor planejamento em saúde.

Um estudo com amostragem maior em cada nível de atendimento poderia representar uma comparação importante com o presente estudo e também permitiria o melhor planejamento em saúde, agora em uma perspectiva ampliada. Outra proposta interessante seria estimar, além da prevalência de sintomas depressivos, a prevalência de depressão maior e distímia em idosos usuários de serviços de atendimento nos três níveis de complexidade.

Embora não tenha sido o foco principal deste estudo, onde se estudou apenas a coocorrência entre sintomas depressivos e estado cognitivo pelo MEEM, outro objeto de relevância em um possível estudo comparativo entre serviços de atenção primária, secundária e terciária seria estudar, na clientela de idosos das unidades de atendimento, a prevalência de sintomas depressivos ou depressão e sua relação com demência.

Cabe apontar que a proposta, aparentemente simples, de estimar a prevalência de sintomas depressivos em diferentes níveis de complexidade de atendimento traz uma visão nova com relação à perspectiva de que a depressão é sempre um agravo pouco prevalente em grupos de idosos aparentemente mais saudáveis e portadores de menor número de comorbidades.

Assim, embora este não seja um estudo de base populacional, ele pode ser considerado como ponto de partida para que outros serviços com populações de idosos de perfil semelhante ao deste estudo possam, partindo dos resultados encontrados, refletir sobre as reais particularidades que envolvem o atendimento dos indivíduos idosos. A busca ativa por idosos com sintomas depressivos permite um enfrentamento mais precoce de um importante problema de saúde pública nesta população. Entretanto, para isso são necessários, além de planejamento, conscientização e treinamento dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimento aos idosos, independente do nível de complexidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância da depressão enquanto doença prevalente na população idosa, e ressaltando que se trata de patologia relacionada a comprometimento da capacidade funcional desses indivíduos, é relevante que o diagnóstico de tal agravo seja feito em todos os níveis de atendimento e, sempre que possível, de forma precoce. Para tal, é necessário o conhecimento da magnitude da doença nos diferentes graus de complexidade de atendimento a idosos, assim como o treinamento da equipe de saúde no sentido da busca ativa pelo diagnóstico e do enfrentamento do problema a partir de sua identificação.

Além disso, é fundamental que as políticas públicas continuem avançando no que tange às novas demandas da população que envelhece, tornando prioritária a implementação das propostas incluindo os programas gerais de base comunitária.

Também, com o enfoque na questão da capacidade funcional, esta dissertação teve a intenção de mostrar que a busca por qualidade de vida depende de valores pessoais, de engajamento familiar, social, e de todos os profissionais que atuam no cuidado ao idoso.

Vale apontar que nas questões referentes aos idosos, outra tarefa relevante e não menos importante é a sensibilização da sociedade para os problemas que atormentam sua população mais velha. Nesse contexto, mais uma vez se destaca a importância da avaliação e apoio social como parte integrante da avaliação ampla dos idosos.

Os resultados mostram a magnitude dos sintomas depressivos enquanto agravo à saúde em todos os níveis de complexidade de atendimento, e chama atenção para a elevada prevalência de sintomas depressivos também na população de idosos da unidade básica de saúde.

Destaca-se aqui a ênfase dada à questão da presença de sintomas depressivos como conjuntura com potencial para causar danos à saúde do idoso. Esta constitui uma forma de chamar a atenção para a necessidade do diagnóstico precoce de um agravo que representa um risco para a saúde e contribui para o aumento dos custos para a sociedade.

Este não é um trabalho de base populacional, e por isso seus resultados devem ser vistos com parcimônia. No entanto, com o objetivo de conhecer a magnitude dos sintomas depressivos em diferentes níveis de complexidade, passamos a focalizar que embora os resultados representem a realidade de uma população específica, algumas particularidades que envolvem o cuidado com o indivíduo idoso possivelmente são abrangentes e muito semelhantes em outras localidades.



Com isso, é razoável pensar neste trabalho como um ponto de reflexão para outros serviços de atendimento a idosos cujo perfil seja semelhante ao deste estudo. Assim, a proposta de busca ativa de sintomas depressivos em todos os níveis de atenção à saúde do idoso está fundamentada como proposta de enfrentamento precoce da doença e no cuidado para com o idoso no âmbito da saúde pública.

Desta forma, seria relevante que estudos similares, mas com casuística representativa, fossem valorizados em futuras pesquisas, com a perspectiva de que seriam não somente mais esclarecedores quanto a uma realidade de atendimento mais abrangente, como ampliariam a compreensão da questão dos sintomas depressivos e seu impacto na qualidade de vida, permitindo melhor planejamento em saúde e adequação de recursos.

À medida que a população brasileira envelhece torna-se necessário estudar as particularidades que afetam esse estrato da população e, desta forma, planejar não somente a capacitação específica dos profissionais que trabalham com idosos, como também apoiar com informações as estratégias de monitoramento, detecção e enfrentamento dos problemas para planejamento no âmbito das ações públicas.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M.; DUNNINGHAM, W. Depressão geriátrica: Aspectos clínicos e terapêuticos. *Arquivos Brasileiros de Medicina* [S.L.], v. 67, n. Suplemento, p. 297-298, 1993.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* [S.L.], v. 14, n. 10, p. 858-65, Oct. 1999.

ALMEIDA, O. P. et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting--report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 12, n. 7, p. 728-36, Jul 1997.

ALVES, L. C. et al. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*, v. 23, n. 8, p. 1924-30, Aug 2007.

BLAY, S. L. et al. Mental illness in a cross-national perspective. Results from a Brazilian and a German community survey among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 26, n. 6, p. 245-51, Dec. 1991.

BONARDI, G. et al. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica*, v. 17, n. 3, p. 138-144, 2007.

BÓS, A. M. G.; BÓS, Â. J. G. Fatores determinantes e consequências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Rio Grande do Sul, jul./dez, p. 36-46, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, 1994a. Lei N° 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. 1994b.

\_\_\_\_\_. Atenção Básica e a Saúde da Família - Diretriz Conceitual. 2009a.

\_\_\_\_\_. Atenção Básica e a Saúde da Família - Saúde da Família. 2009b.

\_\_\_\_\_. Decreto N.º 1948 de 03 de julho de 1996. 1996.

\_\_\_\_\_. Demografia do Envelhecimento. *Formação Humana em Geriatria e Gerontologia* [S.I.], p. 41-44, 2006a.

\_\_\_\_\_. Diretrizes operacionais - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. v.1. (Série Pactos pela Saúde), 2006.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* [S.L.], Cap.10, p. 88-105, 2006b.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa - Cadernos de Atenção Básica - Brasília - DF. v. 19, p. 7, 2006b.

\_\_\_\_\_. Família e proteção social para a população idosa. *Formação Humana em Geriatria e Gerontologia* [S.I.], p. 45-47, 2006c.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde do Idoso - Portaria 1395/GM. 1999.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. v.4. 2006. (Serie Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Promoção da Saúde. v.7, 2006c. (Serie Pactos pela Saúde)..

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, 2006e.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. 2006d.

\_\_\_\_\_. Saúde define prioridades de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 974-7, 2008.

\_\_\_\_\_. Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. *Brasília*, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília, 2007.

CAMARANO, A. A. mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. *Revista de Estudos Avançados*, São Paulo, p. 35-64, 2003.

CARSON, A.; MARGOLIN, R. Depression in older patients with neurologic illness: causes, recognition, management. *Cleve Clin J Med*, v. 72 Suppl 3, p. S52-64, Oct 2005.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, p. 107-130, 2006.

CHELONI, C. F. P. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). *Expressão, Mossoró*, v. 34, n. 1-2, p. 61-73 2003.

CICONELLI, R. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)". 1997. Tese - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação geriátrica ampla (AGA). *Revista da UFG*, v.5, n.2, dez. 2003.

DATASUS. 2000.

\_\_\_\_\_. 2005.

\_\_\_\_\_. 2006.

DATASUS. 2008a.

\_\_\_\_\_. Indicadores e dados básicos. 2008b.

\_\_\_\_\_. 2009.

DEAN A.G. et al. *Epi-Info 2000: a database and statistics program for public health professionals for use on Windows 95,98 and 2000 computers (software)*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 2000.

DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic. *Cad Saude Publica*, v. 23, n. 3, p. 691-700, Mar. 2007.

FAHEY, T. et al. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ*, v. 326, n. 7389, p. 580, Mar 15 2003.

FELDMAN, H.; WOODWARD, M. The staging and assessment of moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology*, v. 65, p. S10-S17, 2005.

FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FERRAZ, M. B. et al. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol*, v. 17, n. 6, p. 813-7, Jun 1990.

FOLSTEIN, M. F. et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, v. 12, n. 3, p. 189-98, Nov 1975.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, Ansiedade, Outros Distúrbios Afetivos e Suicídio. In: FREITAS, E. V. D. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.35. p. 376-387.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol of Saint Panam*, v. 111, p. 485-496, 1991.

GAZALLE, F. K. et al. Depression in the elderly: are doctors investigating it? *Rev Bras Psiquiatr*, v. 26, n. 3, p. 145-9, Sep 2004.

\_\_\_\_\_. Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil. *Rev Saude Publica*, v. 38, n. 3, p. 365-71, Jun 2004.

GIACOMIN, K. C. et al. A population-based study on factors associated with functional disability among older adults in the Great Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. 6, p. 1260-70, jun. 2008.

- GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 205-15.
- GUIMARÃES, R. M. et al. Depressão: A morbidade oculta em pacientes idosos cirúrgicos. *Brasília Médica*, v. 34, p. 5-14, 1997.
- HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence. *Cad Saude Publica*, v. 19, n. 4, p. 1083-93, Jul./Aug 2003.
- HEKMAN, P. R. W. O idoso frágil. In: FREITAS, E. V. D. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*: Guanabara Koogan, 2006. Cap.95.
- HIRSCHFELD, R. M. et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*, v. 277, n. 4, p. 333-40, Jan. p. 22-29 1997.
- IBGE. Estatísticas do século XX. 2006.
- INOUYE, K. et al. Octagenários e cuidadores: Perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 350-7, 2008.
- KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 3, p. 217-220, 1987.
- KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.
- KATONA, C. et al. The symptomatology of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol*, v. 12 Suppl 7, p. S19-23, Dec 1997.
- LEITE, I. D. C. et al. Estudo da carga global de doença. Rio de Janeiro: [s.n.], 2008.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 745-57, 2003.
- LOURENÇO, R. A. *Validação do mini-exame do estado mental em uma unidade ambulatorial de saúde*. 137 f. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- MARINHO, V. D. M. et al. Depressão em idoso. In: TAVARES, A. (Ed.). *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap.26. p. 409 - 420.
- MENDES, M. R. S. S. B. et al. The social situation of elderly in Brazil: a brief consideration. *Acta Paul Enferm.*, v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MOTTA, A. B. D. Visão antropológica do envelhecimento. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 78-82.

OLIN, J. T. et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, v. 10, n. 2, p. 125-8, Mar./Apr. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>>, 1998.

PAIXAO, C. M., JR. *Violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso na ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla*. 2005. 297 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PAIXAO, C. M., JR.; REICHENHEIM, M. E. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. *Cad Saude Publica*, v. 21, n. 1, p. 7-19, Jan./Feb. 2005.

PARADELA, E. M. et al. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saude Publica*, v. 39, n. 6, p. 918-23, Dec. 2005.

PASKULIN, L. M.; VIANNA, L. A. Sociodemographic profile and self-referred health conditions of the elderly in a city of Southern Brazil. *Rev Saude Publica*, v. 41, n. 5, p. 757-68, Oct. 2007.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

RAMOS, L. R. A Mudança de Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional. *Geriatria e Gerontologia*, p. 1-7, 2005.

RAMOS, L. R.; GOIHMAN, S. Geographical stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in S. Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*, v. 23, n. 6, p. 478-92, Dec. 1989.

REICHENHEIM, M. E. et al. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. 8, p. 1801-13, Aug 2008.

ROCHA, F. L. Depressão no idoso. *J bras psiq*, v. 42, n. 9, p. 483-90, 1993.

RUBENSTEIN, L. An overview of Comprehensive Geriatric Assessment: Rationale, History, Program Models, Basic Components. *Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, eds. Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. Milan, p. 1-9, 1995.

SARTORIUS, N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*, v. 62 Suppl 15, p. 8-11, 2001.

SCHRAMM, J. M. D. A. et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004a.

\_\_\_\_\_. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004b.

SHEIKH, J.; YESAVAGE, J. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, v. 5, p. 165-73, 1986.

SHERINA, M. et al. The prevalence of depression among elderly in an urban area of Selangor, Malaysia. *The International Medical Journal*, v. 4, n. 2, p. 57-63, 2005.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalence of falls and associated factors in the elderly. *Rev Saude Publica*, v. 41, n. 5, p. 749-56, Oct 2007.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz, Rio Claro*, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.

STOPPE JR., A.; LOUZÃ, N. M. *Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo: Lemos, 1999.

VERAS, R. P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 382-397, 1988.

\_\_\_\_\_. Desafios atuais: Política Nacional de Saúde do Idoso, conceitos e práticas assistenciais. *Formação Humana em Geriatria e Gerontologia*, p. 63-66, 2006.

VERAS, R. P.; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 9, p. 285-295, 1994.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982.

**ANEXO A** - *Layout* do instrumento MEEM no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”

***MINI-MENTAL***

**Realização do instrumento Mini – Exame do Estado Mental**

**Atenção: Verificar em prontuário se já foi realizado nos últimos 9 meses  
Se foi, e está anotado em prontuário, anotar score e itens (verificar prontuário)**

203. score

203) \_\_\_/30.

**Se não, realizar agora: (anotar score total acima)  
(ou se for para todos do PSF Lapa – unidade 2)  
Scores menores que 11 – não continuar a entrevista – paciente excluído**

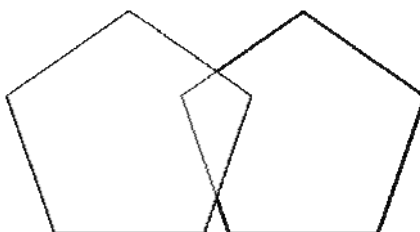
**Instruções:**

As palavras em negrito devem ser lidas alto, clara e lentamente pelo examinador. Substituições aparecem entre parênteses. Circule o “0” se a resposta for incorreta ou o “1” se a resposta for correta. Comece formulando as duas questões seguintes:



*“O Sr(a) tem algum problema com a sua memória? Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?”*

<b>ORIENTAÇÃO NO TEMPO</b>	<b>Anotar respostas</b>	<b>Circule opção</b>
204. Em que ano nós estamos ?		<b>204)</b> 0 1
205. Em que estação do ano nós estamos ?		<b>205)</b> 0 1
206. Em que mês nós estamos ?		<b>206)</b> 0 1
207. Em que dia da semana nós estamos ?		<b>207)</b> 0 1
208. Em que dia do mês nós estamos ?		<b>208)</b> 0 1
<b>ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO</b>		
209. Em que Estado nós estamos?		<b>209)</b> 0 1
210. Em que Cidade nós estamos?		<b>210)</b> 0 1
211. Em que Bairro nós estamos?		<b>211)</b> 0 1
212. O que é este prédio em que estamos? (nome, tipo ou função)		<b>212)</b> 0 1
213. Em que andar nós estamos?		<b>213)</b> 0 1
<b>REGISTRO</b>		
<i>“Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e V/S vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], BOLA [pausa]. Agora, repita as palavras para mim.”</i>		
<b>[Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.]</b>		
214. CARRO		<b>214)</b> 0 1
215. VASO		<b>215)</b> 0 1
216. BOLA		<b>216)</b> 0 1
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7]</b>		
<i>“Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7 ? “</i>		
<b>Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça: Solete a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, solete a palavra MUNDO de trás para frente (O-D-N-U-M). [Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado.]</b>		
	217. {93} _____	<b>217)</b> 0 1
	218. {86} _____	<b>218)</b> 0 1
	219. {79} _____	<b>219)</b> 0 1
	220. {72} _____	<b>220)</b> 0 1
	221. {65} _____	<b>221)</b> 0 1
	222. pontos do Cálculo	<b>222)</b> _____
	O D N U M	
	223. pontos do Mundo	<b>223)</b> _____
<b>MEMÓRIA DE EVOCACÃO</b>		
<b>Peça: “Quais são as 3 palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse?” [Não forneça pistas.]</b>		
224. CARRO		<b>224)</b> 0 1
225. VASO		<b>225)</b> 0 1



**ANEXO B** - *Layout* do instrumento HAQ no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”

**ESTADO FUNCIONAL**

Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.  
Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada **HAQ** ao entrevistado

*“Vamos fazer agora algumas perguntas sobre como V/S é capaz de fazer algumas atividades em seu domicílio ou fora dele.”*

*“V/S é capaz de ....:”*

0-Faz sem nenhuma dificuldade

1-Faz com alguma dificuldade

2-Faz com muita dificuldade

3-Não consegue fazer

(Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)

(circule opção) (anotar escore)

C1-	Vestir-se e cuidar-se	-	-	-	-	-	-
236.	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas?	0	1	2	3	<b>236)</b>	
237.	Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3	<b>237)</b>	
C2-	Levantar-se	-	-	-	-	-	-
238.	Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3	<b>238)</b>	
239.	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3	<b>239)</b>	
C3-	Comer	-	-	-	-	-	-
240.	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3	<b>240)</b>	
241.	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3	<b>241)</b>	
242.	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3	<b>242)</b>	
C4-	Caminhar	-	-	-	-	-	-
243.	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3	<b>243)</b>	
244.	Subir 5 degraus?	0	1	2	3	<b>244)</b>	
C5-	Higiene	-	-	-	-	-	-
245.	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3	<b>245)</b>	
246.	Tomar um banho de chuveiro?	0	1	2	3	<b>246)</b>	
247.	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3	<b>247)</b>	
C6-	Alcançar	-	-	-	-	-	-
248.	Levantar os braços e pegar um objeto de aproximada mente 2,5 quilos que está posicionado pouco acima da cabeça?	0	1	2	3	<b>248)</b>	
249.	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3	<b>249)</b>	
C7-	Preensão	-	-	-	-	-	-
250.	Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?	0	1	2	3	<b>250)</b>	
251.	Abrir potes ou vidros de conservas que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3	<b>251)</b>	
252.	Abrir e fechar torneiras?	0	1	2	3	<b>252)</b>	
C8-	Outras atividades	-	-	-	-	-	-
253.	Fazer compras nas redondezas onde mora?	0	1	2	3	<b>253)</b>	
254.	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3	<b>254)</b>	
255.	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para puxar a água?	0	1	2	3	<b>255)</b>	

**ANEXO C - Layout** do instrumento SF-36 no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”

**Para todos os itens repetir todas as opções de resposta**

*“Estas próximas perguntas lhe indagam sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como V/S se sente e quão bem V/S é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso V/S esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.”*

**271. Em geral V/S diria que sua saúde é:** **(circule uma)**

Excelente \_\_\_\_\_ 1

Muito boa \_\_\_\_\_ 2

Boa \_\_\_\_\_ 3

Ruim \_\_\_\_\_ 4

Muito ruim \_\_\_\_\_ 5

**(anotar escore)**

271)

**272. Comparada há um ano atrás, como V/S classificaria sua saúde em geral, agora?**

**(circule uma)**

Muito melhor agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 1

Um pouco melhor agora que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 2

Quase a mesma de um ano atrás \_\_\_\_\_ 3

Um pouco pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 4

Muito pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 5

**(anotar escore)**

272)

273. Os seguintes itens são sobre atividades que V/S poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, V/S tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim Dificulta um pouco	Não Não dificulta de modo algum	(anotar escore )
<b>a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.</b>	1	2	3	
<b>b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó , jogar bola, varrer a casa.</b>	1	2	3	
<b>c. Levantar ou carregar mantimentos</b>	1	2	3	
<b>d. Subir vários lances de escada.</b>	1	2	3	
<b>e. Subir um lance de escada.</b>	1	2	3	
<b>f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.</b>	1	2	3	
<b>g. Andar mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3	
<b>h. Andar vários quarteirões</b>	1	2	3	
<b>i. Andar um quarteirão</b>	1	2	3	
<b>j. Tomar banho ou vestir-se</b>	1	2	3	

274. Durante as **últimas quatro semanas**, V/S tem algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?** (circule um número em cada linha) (anotar)

	Sim	Não	escore
<b>a.</b> V/S diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	
<b>b.</b> Realizou <b>menos tarefas</b> do que V/S gostaria?	1	2	
<b>c.</b> Esteve <b>limitado(a)</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2	
<b>d.</b> Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2	

275. Durante as **últimas quatro semanas**, V/S teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha) (anotar escore)

	Sim	Não	escore
<b>a.</b> V/S diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	
<b>b.</b> Realizou <b>menos tarefas</b> do que gostaria?	1	2	
<b>c.</b> Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2	

276. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma \_\_\_\_\_ 1
- Ligeiramente \_\_\_\_\_ 2
- Moderadamente \_\_\_\_\_ 3
- Bastante \_\_\_\_\_ 4
- Extremamente \_\_\_\_\_ 5

(anotar escore)

276) \_\_\_

277. Quanta dor **no corpo** V/S teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

- Nenhuma \_\_\_\_\_ 1
- Muito leve \_\_\_\_\_ 2
- Leve \_\_\_\_\_ 3
- Moderada \_\_\_\_\_ 4
- Grave \_\_\_\_\_ 5
- Muito grave \_\_\_\_\_ 6

(anotar escore)

277) \_\_\_

278. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma \_\_\_\_\_ 1

Um pouco \_\_\_\_\_ 2

Moderadamente \_\_\_\_\_ 3

Bastante \_\_\_\_\_ 4

Extremamente \_\_\_\_\_ 5

(anotar score)

278) \_\_\_\_\_

279. Estas questões são sobre como V/S se sente e como tudo tem acontecido com V/S durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como V/S se sente. Em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número em cada linha) (anotar score)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	score
<b>a.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6	
<b>b.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6	
<b>c.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6	
<b>d.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6	
<b>e.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	
<b>f.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6	
<b>g.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6	
<b>h.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6	
<b>i.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6	



280. Durante as últimas **quatro semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física** ou os **problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo \_\_\_\_\_ 1  
 A maior parte do tempo \_\_\_\_\_ 2  
 Alguma parte do tempo \_\_\_\_\_ 3  
 Uma pequena parte do tempo \_\_\_\_\_ 4  
 Nenhuma parte do tempo \_\_\_\_\_ 5

(anotar escore)

280)     

281. O quanto **verdadeira** ou **falsa** é cada uma das afirmações para V/S?

(circule um número em cada linha)

(anotar)

	Definitiva- mente ver- dadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa	escore
<b>a.</b> Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5	
<b>b.</b> Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5	
<b>c.</b> Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5	
<b>d.</b> Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5	

ANEXO D - *Layout* da EDG-15 no questionário multidimensional da pesquisa de fundo intitulada “Violência doméstica: Instrumentos de aferição de violência contra idoso no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla”

### *ESTADO TÍMICO*

*“Agora faremos algumas perguntas sobre seu humor, seu estado de espírito. Procure responder a cada pergunta com sim ou não. Mesmo que V/S ache que a melhor resposta fosse mais ou menos, tente escolher a resposta, entre o sim ou não que esteja mais próxima do que está sentindo na última semana.”*

*(Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)*

(circule opção)

Sim Não

(anotar escores)

282. O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida?	0	1	282)	
283. O(a) senhor(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0	283)	
284. O(a) senhor(a) sente que sua vida está vazia ?	1	0	284)	
285. O(a) senhor(a) se aborrece com frequência?	1	0	285)	
286. O(a) senhor(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1	286)	
287. O(a) senhor(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0	287)	
288. O(a) senhor(a) se sente feliz a maior parte do tempo ?	0	1	288)	
289. O(a) senhor(a) sente que sua situação não tem saída?	1	0	289)	
290. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas ?	1	0	290)	
291. O(a) senhor(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0	291)	
292. O(a) senhor(a) acha maravilhoso estar vivo(a)?	0	1	292)	
293. O(a) senhor(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias ?	1	0	293)	
294. O(a) senhor(a) se sente cheio de energia ?	0	1	294)	
295. O(a) senhor(a) acha que sua situação é sem esperança?	1	0	295)	
296. O(a) senhor(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) senhor(a)?	1	0	296)	