

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

**Incidência de depressão e seus determinantes em idosos de Bagé,
Rio Grande do Sul**

Pâmela Moraes Vöiz

Pelotas, 2018

Pâmela Moraes Völz

**Incidência de depressão e seus determinantes em idosos de Bagé,
Rio Grande do Sul**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, área de concentração Prática sociais em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Ciências. Linha de pesquisa Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

V899i Volz, Pâmela Moraes

Incidência de depressão e seus determinantes em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul / Pâmela Moraes Volz ; Luiz Augusto Facchini, orientador. — Pelotas, 2018.

169 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Depressão. 2. Idosos. 3. Incidência. 4. Estudos longitudinais. I. Facchini, Luiz Augusto, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Pâmela Moraes Völz

Incidência de depressão e seus determinantes em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Luciane Prado Kantorski

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

Vanda Maria da Rosa Jardim

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Suele Manjourani da Silva Duro

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Mirelle de Oliveira Saes

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande

Bruno Pereira Nunes

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Maria Aurora Dropa Chrestani

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Christian Loret de Mola Zanatti

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

Agradeço a Deus por guiar os meus passos e fortalecer minha fé...

Agradeço ao meu pai, a minha mãe e aos meus irmãos pelo amor incondicional e apoio diário. Sem vocês ao meu lado, certamente eu não teria chegado até aqui. É por vocês que busco evoluir no caminho do bem e ser melhor a cada dia...

Agradeço ao meu companheiro, amigo e confidente, Erik Dias da Silva, pela paciência e incentivo ao longo dessa caminhada. Se existe uma pessoa que faz a diferença em minha vida, essa pessoa é você. Gratidão por tudo... Em especial, por esse serzinho de luz que está se desenvolvendo e enchendo nossos corações de amor e alegria... Amo-te!!

Agradeço ao meu pai do coração, Romeu, por acreditar em mim quando eu mesma desacreditava, por escutar pacientemente meus longos desabaços e me incentivar a correr atrás dos meus sonhos...

Agradeço ao meu querido professor, Luiz Augusto Facchini, pelas oportunidades concedidas, trocas estabelecidas e sorrisos repletos de compreensão e carinho. O senhor é um exemplo de profissional para mim. É uma honra de tê-lo como meu orientador.

Agradeço a minha co-orientadora Aliteia Dilelio e a Karla Pereira Machado pela amizade e por me auxiliarem no momento mais importante da elaboração da tese, a análise de dados.

Agradeço aos professores do Departamento de Medicina Social, em especial, a Elaine Tomasi, Elaine Thumé e Fernando Vinholes Siqueira, pela generosidade e apoio. É um prazer trabalhar com vocês e aprender diariamente algo novo.

Agradeço as minhas amigas e amigos do Departamento de Medicina Social, pelas trocas de saberes e conhecimentos e pelos “puxões de orelha” nos momentos difíceis. Graças a vocês, nunca me senti sozinha nessa trajetória.

Agradeço a CAPES pela concessão da bolsa de estudo nos meus primeiros anos de doutorado. E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste sonho.

“Todo jardim começa com um sonho de amor,
antes que cada árvore seja plantada,
antes que cada lago seja construído
ele tem que existir dentro da alma.
Quem não tem jardim por dentro,
não cria jardim por fora, e nem passeia por ele.”

(Rubem Alves)

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	6
PROJETO DE PESQUISA.....	7
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	95
ARTIGO DE REVISÃO.....	119
ARTIGO ORIGINAL 1.....	146

Apresentação

A presente tese de doutorado é resultado de um estudo de coorte, intitulado “Saúde do Idoso Gaúcho de Bagé (SiGa-Bagé)”. A medida da linha de base ocorreu no ano de 2008 e o seguimento ocorreu em 2016/17.

A tese tem como objetivo avaliar a incidência de depressão e seus potenciais determinantes na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul. Ela foi estruturada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e está constituída por quatro capítulos: 1º) Projeto de Pesquisa; 2º) Relatório do Trabalho de Campo; 3º) Artigo de Revisão Sistemática; 4º) Artigo Original.

O Projeto de pesquisa apresenta os objetivos, a justificativa e as hipóteses do trabalho bem como o modelo teórico e a revisão sistemática sobre a incidência de depressão em idosos e seus potenciais determinantes. O projeto foi atualizado seguindo as orientações da banca após processo de qualificação. O Relatório de trabalho de campo apresenta todo o processo de concepção, organização e desenvolvimento da coleta e análise dos dados. Os resultados são apresentados em dois artigos. O primeiro artigo, intitulado “Incidência de depressão em idosos e fatores associados: revisão sistemática da literatura” apresenta estudos que avaliaram a incidência de depressão em idosos e seus fatores associados. Esse manuscrito está formatado de acordo com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva. O segundo artigo, intitulado “Incidência de depressão e seus potenciais determinantes na população idosa do município de Bagé-RS”, apresenta a incidência de depressão entre os idosos moradores da zona urbana de Bagé/RS e seus potenciais determinantes. Este artigo será enviado, após sugestões da banca, à Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde.

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Pesquisa

**Incidência de depressão e seus determinantes em idosos de Bagé,
Rio Grande do Sul**

Pâmela Moraes Volz

Pelotas, 2016

Resumo

Introdução: A depressão em idosos se configura com um grave problema de saúde pública, pois além de ser uma enfermidade crônica, com alto custo socioeconômico, acarreta problemas de incapacidade física, mental e social, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças de alta mortalidade, piora a qualidade de vida e é a principal causa de suicídios entre idosos. Embora a depressão se configure como um transtorno que pode ser tratado e mantido sob controle, os profissionais de saúde acabam relacionando-a com manifestações comuns decorrentes do processo de envelhecimento e tratando-a de forma inadequada. **Objetivo:** Avaliar a incidência de depressão e seus determinantes na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul. **Métodos:** O delineamento proposto é o de um estudo longitudinal de base comunitária em área de abrangência dos serviços básicos de saúde da zona urbana do município de Bagé, RS. A população-alvo do estudo é constituída por indivíduos com 60 anos ou mais de idade que participaram do Projeto Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, no ano de 2008. **Relevância:** Os resultados obtidos possibilitarão a identificação da incidência de depressão e seus potenciais determinantes na população idosa de Bagé e poderão auxiliar no planejamento de políticas públicas, na organização do cuidado aos idosos com depressão e no apoio às famílias, qualificando assim as ações de saúde no município.

Palavras-chave: Depressão; Incidência; Idosos.

Lista de Figuras e Quadros

Figura 1 - Modelo teórico	43
Figura 2 - Caracterização da incidência de depressão na coorte de idosos	45
Figura 3 - Mapa do Rio Grande do Sul e de Bagé	46
Figura 4. Diagrama do fluxo do processo de seleção dos artigos nas diferentes fases da revisão sistemática.....	141
Quadro 1 - Critérios diagnósticos para episódio depressivo – DSM-IV.....	28
Quadro 2 - Instrumentos de avaliação de depressão e sintomas depressivos utilizados nos estudos epidemiológicos analisados	31
Quadro 3 - Revisão bibliográfica sobre incidência de depressão.....	67
Quadro 4 - Variáveis independentes	54

Lista de abreviaturas e Siglas

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES-D	Center for Epidemiological Studies for Depression
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima revisão
CIE	Canberra Interview for the Elderly
CIOM	Centro Integrado de Oncologia e Mama
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DALY	Disability Adjusted Life Years
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GDS -15	Geriatric Depression Scale
GMS-AGECAT	Depression Diagnosis from the Geriatric Mental - Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy State
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LEILA 75+	Estudo Longitudinal Leipzig do Idoso 75 +
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMSM	Organização Mundial da Saúde Mental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAM I	Posto de Atendimento Médico I
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar
PVC	Programa de Volta para Casa
RAS	Rede de Atenção Básica à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços de Residências Terapêuticas
SAE	Serviço de Assistência Especializada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPS	Unidade de Pronto Socorro
UNIPAMPA	Universidade Federal do Pampa
URCAMP	Universidade da Região da Campanha
YLD	Years Lived with Disability
ZUNG SDS	Self-rating depression scale de Zung

Lista de Definições

Depressão: A depressão é um distúrbio afetivo de natureza multifatorial, caracterizado de forma geral por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite e sensação de cansaço ou falta de concentração. A depressão pode levar ao suicídio.

Prevalência: A prevalência mede a proporção de pessoas numa dada população que apresentam uma específica doença ou atributo, em um determinado ponto no tempo. No cálculo da prevalência o numerador abrange o total de pessoas que se apresentam doentes num período determinado (casos novos acrescentados dos já existentes). Por sua vez, o denominador é a população da comunidade no mesmo período.

Incidência: A incidência (ou taxa de incidência) expressa o número de casos novos de uma determinada doença durante um período definido, numa população sob o risco de desenvolver a doença. O cálculo da incidência é a forma mais comum de medir e comparar a frequência das doenças em populações.

Incidência cumulativa: Medida de risco (probabilidade) de ocorrência da doença num período de tempo determinado, igual para todos os indivíduos em estudo. Pressupõe uma coorte fechada, ou seja, não há entrada de novos indivíduos na coorte, após sua definição.

Densidade de incidência: Medida de velocidade (tempo). Quantos casos novos da doença ocorrem a cada período de tempo determinado. Nesse caso, para cada ano de observação, e até que a pessoa desenvolva a doença e seja perdida do acompanhamento, cada pessoa da população em estudo contribui com uma pessoa-ano no denominador.

Recorrência: Estado patológico que evolui através de recaídas sucessivas. No caso da depressão, recorrência significa que recaída na infecção malárica depois de 24 semanas posteriores ao ataque primário.

Remissão: É o termo utilizado em Medicina para designar a fase da doença em que não há sinais de atividade dela, mas não é possível concluir como cura.

Sumário

1	Introdução	15
1.1	Justificativa.....	17
2	Objetivos.....	19
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	Hipóteses.....	20
4	Revisão sistemática de literatura	21
4.1	Estratégia de busca.....	21
4.2	Incidência de depressão nos idosos	21
4.2.1	Estudos que avaliaram a incidência cumulativa	21
4.3	Caracterização dos estudos.....	26
4.3.1	Variabilidade da incidência de depressão nos idosos.....	26
4.3.2	Época e local	26
4.3.3	População e amostra	27
4.3.4	Instrumentos para diagnosticar e/ou rastrear a depressão	27
4.3.5	Fatores associados à depressão	31
4.3.5.1	Sexo.....	31
4.3.5.2	Idade	31
4.3.5.3	Escolaridade	32
4.3.5.4	Renda e privações sociais.....	32
4.3.5.5	Rede social	32
4.3.5.6	Incapacidade funcional.....	33
4.3.5.7	Comprometimento cognitivo.....	33
4.3.5.8	Comorbidades	34
4.3.5.9	Consumo arriscado de álcool e tabaco e inatividade física	34
4.3.5.10	Inatividade física	34
4.3.5.11	Visitas aos especialistas	34
4.3.5.12	Doenças crônicas.....	34
4.3.5.13	Pessimismo	35
4.4	Conclusão:.....	35
5	Referencial teórico.....	37
6	Metodologia.....	44
6.1	Delineamento:.....	44
6.2	População alvo	45

6.3	Critérios de inclusão:.....	46
6.4	Critérios de exclusão	46
6.5	Amostragem do estudo de 2008	46
6.6	Seleção e treinamento dos entrevistadores	48
6.7	Logística e coleta de dados.....	49
6.8	Controle de qualidade.....	50
6.9	Instrumentos.....	50
6.10	Variáveis do estudo.....	51
6.10.1	Variável dependente.....	51
6.10.2	Variáveis independentes	52
6.11	Processamento de dados	55
6.12	Análise de dados.....	55
6.13	Aspectos éticos	56
6.14	Divulgação dos resultados.....	56
6.15	Cronograma	58
6.16	Orçamento	59
	Referências	60
	APÊNDICES	66
	ANEXOS	73

1 Introdução

O crescimento da proporção de idosos na população é um fenômeno de escala global, acometendo tanto países desenvolvidos, como países em desenvolvimento, de modo desafiador e irreversível. O envelhecimento da população expressa a transição demográfica e epidemiológica em curso, resultado da mudança de processos sociais complexos, como, por exemplo, a rápida urbanização, o controle de doenças, principalmente as infecciosas, a queda da fecundidade e da mortalidade, que resultaram em aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2006; GARCIA, 2002; MELLO, 2007; AZIZ & STEFFENS, 2013).

De acordo com os dados das Nações Unidas (ONU) em 1950 existiam 250 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no planeta. Esse número quase triplicou até o ano 2000, quando somou 606 milhões de pessoas nessa faixa etária. Estima-se que em 2050 existirão mais de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo e, no Brasil especificamente, existirão aproximadamente 49 milhões de pessoas nessa faixa etária (BRASIL, 2006; OMS, 2005).

As questões sobre o envelhecimento ganham visibilidade no cenário mundial exigindo dos governos, das organizações internacionais e da sociedade civil a efetivação de políticas e programas de saúde pública, direcionados para as doenças que acometem os idosos. Doenças cardiovasculares, hipertensão, AVC, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças musculoesqueléticas, cegueira e diminuição da visão e os transtornos mentais são as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade entre os idosos (OMS, 2005; AZIZ, STEFFENS, 2013; SCHMALL, 2004).

A depressão atinge mais de 300 milhões de pessoas no mundo, sendo uma das principais contribuintes para a carga global de doenças (WHO, 2017). Em 2015, a depressão era a principal fator da incapacidade para a atividade produtiva,

respondendo por 7,5% do total de “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade” (Disability Adjusted Life Years – DALY) (WHO, 2017; OMSM, 2012; RODRIGUES, 2010; AZIZ, STEFFENS, 2013; SCHMALL, 2004). Dependendo do instrumento, do ponto de corte utilizado e da gravidade dos sintomas, a incidência cumulativa de depressão na população idosa vivendo em comunidade varia entre 1,4% e 44,0% (FORSELL E WINBLAD, 1999; KOSTER, 2006; JONGE, 2006; GILTAY, 2006; BOJORQUEZ-CHAPELA, 2012). Já no Brasil, um estudo verificou que a incidência de depressão entre idosos moradores de Juiz de Fora/Minas Gerais é de 15,2% (BATISTONI, 2010).

A depressão é um distúrbio afetivo de natureza multifatorial, caracterizado de forma geral por tristeza, perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente significativas, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, diminuição do interesse sexual, sensação de cansaço ou falta de concentração, dificuldade cognitiva, astenia, alterações comportamentais e sintomas físicos (MÁXIMO, 2010; PARADELA, 2011; OMSM, 2012; DRAGO & MARTINS, 2012; MARTINS, 2008). Esses problemas podem ser longos, duradouros ou recorrentes e reduzir a capacidade que os indivíduos têm para cuidar de suas responsabilidades cotidianas e de participar da vida familiar e comunitária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (OMSM, 2012). Embora os sentimentos depressivos sejam comuns, especialmente depois de passar por reveses na vida, o diagnóstico de depressão só se faz quando os sintomas atingem um certo limiar e perduram, por pelo menos, duas semanas.

A depressão é um dos transtornos que pode ser prevenido, tratado e mantido sob controle. Há muitos tratamentos eficazes e seguros para a depressão, entre eles, destacam-se a medicação antidepressiva, a psicoterapia e a terapia cognitivo-comportamental. No entanto, na velhice, síndromes depressivas estão frequentemente associadas com a incapacidade funcional, com a presença de morbidades e multimorbidades, com problemas cognitivos e com a polifarmacoterapia, o que torna os sintomas depressivos difíceis de serem reconhecidos e dificultam o tratamento (AZIZ, STEFFENS, 2013; SCHMALL, 2004; BRASIL, 2006).

Ao ver os sintomas depressivos como manifestações comuns decorrentes do processo de envelhecimento, os profissionais de saúde, em especial os da atenção básica, podem encontrar dificuldade para diagnosticar essa doença e acabam tratando-a de forma inadequada (RODRIGUES, 2009). Ao estudar as “lacunas” no

tratamento de saúde mental na população geral, a OMS identificou que em todo o mundo, a taxa média para depressão não tratada é de aproximadamente 50% (OMSM, 2012; BRASIL, 2006). A falta de tratamento para a depressão acaba levando a incapacitação e ao prejuízo funcional, com riscos aumentados de hospitalização e maior utilização dos serviços de saúde (GRINBERG, 2006).

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) incorpora em sua política o conceito de Envelhecimento Saudável da OMS, que defende a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13). E, de igual forma, propõe a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a partir do acolhimento e da avaliação, bem como a utilização de um instrumento de avaliação da saúde mental chamado Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde defende, portanto, que a depressão no idoso não deve ser analisada apenas a partir de uma perspectiva clínico-biológica do envelhecimento, sendo necessário considerar a determinação social dessa doença, caracterizando-a a partir de sua complexidade histórica concreta (NOGUEIRA, 2010). Ademais, se faz necessário considerá-la como um problema de saúde pública, onde a identificação de grupos de risco e o tratamento preventivo são essenciais.

Nesse sentido, esse estudo de tese tem como objetivo avaliar a incidência de depressão e seus potenciais determinantes na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

1.1 Justificativa

O envelhecimento populacional decorrente das transições demográficas e epidemiológicas demandam transformações nas políticas sociais e no setor da saúde. O Rio Grande do Sul apresenta a maior expectativa de vida do país, destacando a relevância da população idosa do estado tanto para estudos no âmbito da saúde coletiva, quanto de formulação e implementação de políticas sociais e de saúde. Na região sul, Bagé se destaca por ser o único município gaúcho com uma Secretaria Municipal de Políticas Públicas para a pessoa idosa e por apresentar elevada proporção de pessoas com 60 anos ou mais (14,7% em 2015), cuja população

avaliada em estudo epidemiológico no ano de 2008, apresentava uma prevalência de depressão de 18% (THUMÉ, 2010; BRETANHA, 2013; IBGE, 2015).

Por estar associada ao declínio do bem-estar e do funcionamento físico e cognitivo dos idosos, a depressão demanda medicamentos, consultas e exames, podendo ser acompanhada de recaídas e hospitalizações. Mas apesar dos recursos diagnósticos e financeiros disponíveis, ela é muitas vezes sub-diagnosticada e tratada de forma inadequada (ALEXOPOULOS, 2005).

Na literatura nacional e internacional há vários estudos sobre a prevalência e fatores associados à depressão em idosos. No entanto, pouco se sabe sobre a ocorrência de depressão entre as pessoas com 60 anos ou mais, particularmente em termos de sua incidência, de seus determinantes e de suas consequências para a saúde da população idosa (BRETANHA, 2012; ALEXOPOULOS, 2005; OMSM, 2012; BRASIL, 2006). Informações sobre a incidência de depressão são essenciais para estimar o risco de um idoso desenvolver o problema e esclarecer a respeito dos seus mecanismos etiológicos e protetores. Sua ausência dificulta o planejamento dos serviços de saúde e a formação e educação permanente de profissionais de saúde. Por ser longitudinal, os estudos de incidência servem para identificar e quantificar as relações causais entre os fatores de risco para o início da doença e servem de base para o desenvolvimento de ações preventivas (BONITA, 2010).

Assim, o presente estudo justifica-se pela intenção de conhecer a incidência da depressão e pela possibilidade de identificar seus potenciais determinantes, na população idosa de Bagé. Além disso, o estudo poderá identificar problemas da atenção prestada aos idosos, particularmente na rede básica de saúde, contribuindo para a melhoria das ações de saúde no município. Os resultados obtidos poderão auxiliar no planejamento de políticas públicas, na organização do cuidado aos idosos e no apoio às famílias, além da inclusão do tema nos programas de educação permanente e formação profissional, qualificando assim a assistência prestada (BRETANHA, 2013; THUMÉ, 2010).

Nesse sentido, através do cálculo da incidência cumulativa, o estudo pretende responder a seguinte questão: **Qual é a incidência de depressão em idosos residentes no município de Bagé e quais os potenciais determinantes de sua ocorrência?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a incidência de depressão e seus potenciais determinantes na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a incidência de depressão nos idosos residentes no município de Bagé/RS;

Analisar a associação de características socioeconômicas, demográficas, familiares, comportamentais, rede social, situação de saúde, incapacidade funcional, utilização de serviços de saúde e medicamentos com a depressão em idosos;

Identificar a recorrência e a remissão da depressão nos idosos residentes no município de Bagé/RS.

Verificar a prevalência de acompanhamento de idosos depressivos na Atenção Primária à Saúde e sua relação com o modelo assistencial adotado.

3 Hipóteses

Estima-se encontrar uma incidência de depressão de 9% no período de estudo.

A incidência de depressão estará associada aos idosos do sexo feminino, mais velhos, com autopercepção de saúde ruim e regular, menor escolaridade, menor renda, sem companheiro, com uma rede social fraca, com doença crônica, incapacidade funcional, que utilizam medicamentos para condições crônicas de saúde e que apresentam um consumo arriscado de álcool e tabaco.

A prevalência de idosos com depressão em acompanhamento em UBS da Estratégia Saúde da Família será significativamente maior do que em UBS do modelo tradicional.

A recorrência e a remissão da depressão serão, respectivamente, de 20% e 50% no período de estudo.

4 Revisão sistemática de literatura

4.1 Estratégia de busca

Uma revisão sistemática de literatura sobre a incidência de depressão em idosos foi realizada nos meses de julho a novembro de 2016 junto à base de dados PubMed e de lista de referências de artigos selecionados. Os descritores utilizados para a busca foram: *depression* (MESH) OR *depressive disorder* (MESH) OR *depression elderly* (MESH) AND *elderly* (MESH) OR *old aged* (MESH) AND *incidence* (TITULO/RESUMO).

Foram identificadas 2.955 referências. Após leitura dos títulos, 135 resumos foram lidos e, destes, 54 artigos foram selecionados por atender os critérios de inclusão. Foram incluídos estudos longitudinais e de base comunitária, realizados com idosos e que utilizavam instrumentos que avaliavam a depressão. O período de tempo não foi delimitado. Foram excluídos do estudo artigos desenvolvidos em ambiente hospitalar e abrigos de idosos, estudos transversais, estudos clínicos, aqueles que apresentavam outros transtornos psiquiátricos sobrepostos (ansiedade, transtorno bipolar, psicose) e aqueles estudos que destacavam a depressão como fator de risco para outras doenças. Também foram excluídos artigos de revisão e documentos oficiais.

Após leitura dos artigos, foram selecionados 18 e, a partir das suas listas de referências, foram incluídos outros cinco, totalizando 23 trabalhos para esta revisão.

4.2 Incidência de depressão nos idosos

Para facilitar a análise dos artigos que avaliaram a incidência de depressão nos idosos, discutem-se os 23 artigos selecionados, destacando-se seus autores, ano de realização do estudo, local e população investigada. Cabe destacar que os artigos foram separados em duas categorias (estudos de incidência cumulativa e estudos de densidade de incidência).

4.2.1 Estudos que avaliaram a incidência cumulativa

Forsell e Winblad (1999), num estudo de coorte com tempo de seguimento de 3 anos, avaliaram uma amostra de 875 idosos com 75 anos ou mais que moravam em

Kungsholmen/Estocolmo/Suécia. Com o objetivo de identificar a incidência da depressão nos idosos acompanhados, eles utilizaram o DSM-IV como instrumento diagnóstico. A incidência estimada foi de 1,4%.

Giltay *et al* (2005), realizaram um estudo em Zutphen/Países Baixos com o objetivo de verificar se o otimismo tem efeito protetor sobre o desenvolvimento da depressão. O instrumento utilizado foi a Zung SDS e a amostra foi de 464 homens de 64 a 84 anos de idade. Após 15 anos de acompanhamento, a incidência encontrada foi de 44%.

Samuelsson *et al* (2005) se basearam em uma coorte composta por 192 idosos com 67 anos ou mais (inclusive institucionalizadas) para avaliar a incidência e os fatores de risco de depressão. O estudo foi realizado no sul da Suécia e teve duração de 34 anos, com 9 acompanhamentos. O instrumento utilizado para avaliar a depressão em idosos foi o CID-10. Os resultados demonstram que a incidência de depressão foi de 8%.

Zarit *et al* (2005), com o objetivo de avaliar a prevalência, a incidência e os fatores associados à depressão em uma amostra de 254 idosos de 84 a 90 anos de idade (inclusive institucionalizados), residentes na cidade de Joenköping na região Central do Sul da Suécia utilizaram o CES-D no período de seis anos, com intervalos de 2 anos, e encontraram uma incidência de sintomatologia clinicamente significativa de 9% no segundo acompanhamento e 16% no terceiro.

Harris *et al* (2006), com o objetivo de avaliar a incidência e a persistência da depressão em uma amostra de 1164 idosos com 65 anos ou mais moradores do sul de Londres/Inglaterra, utilizaram a GDS-15 como instrumento de rastreamento. Após 2 anos de acompanhamento, os autores encontraram uma incidência de depressão de 8,4% e uma persistência de 61,2%.

Jonge *et al* (2006) realizaram um estudo na Espanha, com uma amostra de 3237 idosos, para verificar se o diabetes é um fator de risco para a depressão. O instrumento utilizado foi o GMS-AGECAT. Após 8 anos de acompanhamento, a incidência encontrada foi de 12,9% na população com 55 anos ou mais e de 16,5% nos idosos com diabetes.

Kim *et al* (2006) desenvolveram um estudo de coorte, com uma amostra de 521 idosos de 65 anos ou mais, moradores de Kwangju/ Sul Coréia, para investigar potenciais associações entre fatores de risco para doença vascular e incidência

depressão. Após 2 anos de acompanhamento utilizando o GMS-AGECAT, verificaram uma incidência de depressão de 12%.

Koster *et al* (2006) desenvolveram um estudo na Holanda, com uma amostra de 2593 idosos com idades entre 55 e 85 anos. O objetivo do estudo era examinar a associação entre o status socioeconômico e o início da depressão e determinar a contribuição de fatores psicossociais, estado de saúde física e fatores comportamentais na ocorrência da depressão. Após 9 anos de acompanhamento os autores verificaram uma incidência de depressão de 18,2% entre os idosos com nível de escolaridade baixo e de 18,9% entre os idosos com nível socioeconômico baixo. O instrumento utilizado para avaliar a incidência de depressão foi o CES-D.

Wilson *et al* (2006) desenvolveram um estudo em Wirral/ Península do Reino Unido e, durante um ano, avaliaram a incidência e os fatores associados aos sintomas depressivos em uma amostra 366 idosos com idade entre 80 e 90 anos. O instrumento utilizado no estudo foi o GDS-15 e a incidência de depressão estimada foi 12,4%.

Batistoni *et al* (2010), com o objetivo de identificar fatores sociodemográficos associados a padrões de incidência, remissão e estabilidade de sintomas depressivos em uma amostra de 310 idosos, com 60 anos ou mais, residentes em Juiz de Fora (MG) realizaram um estudo utilizando a CES-D. Após 2 anos de acompanhamento, os autores constataram 15,2% de casos incidentes de depressão, 19,7% de recorrência e 14,2% de melhora ou remissão.

Lue *et al* (2010), com o objetivo de determinar a incidência de depressão geriátrica e explorar os fatores de risco associados em uma amostra de 1487 idosos com 65 anos ou mais moradores de Taiwan/China, utilizaram a CES-D como instrumento diagnóstico e, após 4 anos encontraram uma incidência de 19,7%.

Bojorquez-Chapela *et al* (2012) desenvolveram um estudo no México, com o objetivo de estimar o efeito do capital social e da autonomia pessoal nos sintomas depressivos apresentados por idosos que vivem na zona rural e que recebem uma pensão social por participarem do Programa 70 ou mais. O instrumento utilizado foi o GDS e a amostra utilizada foi de 2661 idosos com idade entre 65 e 74 anos. Após 11 meses de acompanhamento a incidência encontrada foi de 24,2%.

Michikawa *et al* (2013) desenvolveram um estudo em Kurabuchi Town/Japão com o objetivo de esclarecer se o zumbido no ouvido precede o desenvolvimento de sintomas depressivos em idosos. O instrumento utilizado para verificar a incidência de depressão foi o GDS e a amostra utilizada foi de 535 idosos com 65 anos ou mais.

Após 2 anos e meio de acompanhamento, a incidência encontrada foi de 20,5% entre os idosos que relatavam zumbido no ouvido e de 9,5% entre os idosos que não relatavam o problema.

4.2.2 Estudos que avaliaram a densidade de incidência

Pálsson *et al* (2001), com o objetivo de avaliar se a incidência de depressão varia de acordo com a idade nos idosos, selecionaram uma amostra representativa de 392 indivíduos nascidos na Suécia nos anos de 1901 e 1902 e os avaliaram quando tinham 70, 75, 79, 81, 83 e 85 anos. O instrumento utilizado foi o DSM-III-R. Os resultados demonstram que a incidência de depressão é influenciada pela a idade e, na Suécia, essa variação foi de 17,0 para 44,0 por 1000 pessoas ano entre as idades de 70-79 e 79-85.

Stek *et al* (2006) realizaram um estudo longitudinal, com uma amostra de 600 idosos nascidos entre 1912 e 1914, residentes no município de Leiden/Holanda. Com período de seguimento de aproximadamente quatro anos e com reavaliações anuais, a incidência encontrada foi de 68 por 1000 pessoas-ano. Nesse estudo, o instrumento de rastreamento utilizado foi o GDS.

Cámara *et al* (2008), utilizaram uma amostra de 1080 idosos, moradores de Zaragoza/Espanha, para verificar até que ponto as consequências negativas produzidas pela depressão (cronicidade, óbito), observadas em diferentes países europeus, poderiam ser confirmados naquela cidade. O instrumento utilizado foi o GMS-AGECAT e, após 4 anos e meio, a taxa de incidência encontrada foi de 14,4 por 1000 pessoas-ano, sendo similar, ou mesmo maior do que a observada em localidades do norte da Europa.

Almeida *et al* (2009) com o objetivo de avaliar a associação entre várias medidas de obesidade e a incidência de depressão, desenvolveram um estudo longitudinal com uma amostra de 12066 homens, com idade entre 64 e 84, moradores de Perth/ Austrália. Após 10 anos de acompanhamento, a incidência estimada foi de 5 por 1000 pessoas-ano.

Becker *et al* (2010) desenvolveram um estudo caso-controle com uma amostra de 7274 pessoas de 40 anos ou mais, moradores do Reino Unido, para avaliar a taxa de incidência, bem como o risco de depressão em pacientes recém-diagnosticados com Parkinson e compará-lo com controles livres de Parkinson. O estudo foi realizado entre 1994 e 2015 e a incidência de depressão estimada entre os idosos com

diagnóstico de Parkinson foi de 1796.7/1000 entre 60-69 anos, 3664.4/1000 entre 70-79 anos e 2983.3/1000 entre 80 anos ou mais e entre os idosos sem diagnóstico a incidência foi de 8,41/1000 entre 60-69 anos, 9,25/1000 entre 70-79 anos e de 15,70/1000 entre 80 anos e mais.

Gureje *et al* (2011) realizaram um estudo longitudinal com uma amostra de 1408 idosos de 65 anos ou mais, residentes em oito países de língua iorubá contíguas no sudoeste e centro-norte da Nigéria para analisar a incidência e os fatores associados a depressão maior. O instrumento utilizado foi o DSM-IV. Após quatro anos, a taxa global de incidência de depressão foi 104,3 por 1000 pessoas-ano.

Huang *et al* (2012) desenvolveram um estudo de caso-controle com 200.432 pessoas com 45 anos ou mais, moradoras de Taiwan, e utilizaram o CID-9 para realizar o diagnóstico da depressão. O objetivo do estudo era investigar a prevalência e a incidência de distúrbios depressivos em pacientes diagnosticados com diabetes. Após 5 anos, a incidência de depressão em idosos com 65 anos ou mais foi de 11,83 por 1000 pessoas-ano.

Luppa *et al* (2012), utilizaram uma amostra representativa de 1265 idosos, com 75 anos ou mais, moradores de Leipzig/ Alemanha e participantes do Estudo Longitudinal Leipzig do Idoso (LEILA 75+) com o objetivo de avaliar a incidência de depressão nos entre a população idosa. O instrumento utilizado foi o CES-D. Nesse estudo os idosos foram acompanhados ao longo de 8 anos, com reavaliações a cada 1 ano e meio e a incidência de depressão encontrada foi de 34 por 1000 pessoas-ano.

Tsai *et al* (2013) desenvolveram um estudo de caso-controle com 76020 pessoas, com 50 anos ou mais, moradoras de Taiwan. O instrumento utilizado foi o CID-9 e o objetivo do estudo era avaliar a incidência e os fatores de risco para a ocorrência de depressão em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Após 5 anos, a incidência de depressão estimada entre os idosos com 70 anos ou mais foi de 14 por 1000 pessoas-ano.

Weyerer *et al* (2013), acompanharam uma amostra de 2512 idosos alemães, com 75 anos ou mais, com o objetivo de avaliar a incidência e os fatores associados à depressão de final da vida. O instrumento de rastreamento foi o GDS e os sintomas depressivos foram medidos 3 vezes (no início do estudo, 18 meses e 36 meses depois). A incidência de depressão foi 42,7 por 1.000 pessoas-ano.

4.3 Caracterização dos estudos

As características apresentadas a seguir podem ser observadas no Apêndice A.

4.3.1 Variabilidade da incidência de depressão nos idosos

Dentre os nove estudos que avaliaram a incidência cumulativa de depressão, destaca-se que os extremos da distribuição foram de 1,4% (FORSELL & WINBLAD, 1999) a 44% (GITAY, 2006). No entanto, como a perda de seguimento, particularmente por óbito, está associada com quadros depressivos no início do estudo, é possível indicar uma subestimação nos resultados. Os estudos de Forsell & Winblad (1999) e Henderson (1997), que utilizaram respectivamente o DSM-IV e CID-10, apresentaram taxas de incidência menores do que os estudos que utilizaram o CES-D, o GDS e o Zung SDS.

Dentre os oito estudos que avaliaram a densidade de incidência de depressão, os extremos da distribuição variaram de 5 por 1000 pessoas-ano (ALMEIDA, 2009) a 104,3 por 1000 pessoas-ano (GUREJE, 2011). No entanto, cabe destacar que o estudo de Gureje *et al* (2011) foi realizado na Nigéria, país que está entre os piores em qualidade de vida e um dos primeiros em níveis de pobreza. Ademais, com exceção estudo de Gureje *et al* (2011), que utilizou o DSM-IV, os estudos que utilizaram o GDS e o CES-D também apresentaram uma taxa de incidência maior do que os estudos que utilizaram o DSM-IV e CID-9 e CID-10.

4.3.2 Época e local

Os estudos foram conduzidos em idosos com 45 anos ou mais, residentes na Austrália, Suécia, Reino Unido, Países Baixos (Holanda), Alemanha, Espanha, Taiwan, Inglaterra, México, China, Brasil e Nigéria. Apenas um estudo foi identificado no Brasil.

O período de observação variou entre 11 meses a 34 anos, sendo o estudo de Samuelsson *et al*. (2005) o mais antigo.

4.3.3 População e amostra

Em 21 estudos a amostra variava de 192 a 12216 idosos, em um estudo a amostra incluiu 76020 idosos e em outro estudo a amostra incluiu 200432 idosos.

O estudo de Huang *et al* (2012) e Tsai *et al* (2013) tinham delineamento caso-controle, os demais estudos selecionados tinham delineamento de coorte, eram de base comunitária e avaliaram a incidência de depressão em idosos.

Os estudos de Jonge *et al* (2006), Koster *et al* (2006), Becker *et al*, 2010, Huang *et al*, 2012 e Tsai *et al* (2013) selecionaram uma amostra de pessoas com idades que variavam de 40 anos ou mais e 55 anos ou mais.

Os fatores associados à depressão nos idosos foram avaliados em 15 estudos e são apresentados no item 4.3.5.

4.3.4 Instrumentos utilizados para diagnosticar e/ou rastrear a depressão nos idosos

No âmbito dos estudos identificados, a depressão foi avaliada de duas maneiras: através de entrevistas diagnósticas, ou seja, entrevistas clínicas/estruturadas (DSM-IV, DSM-III-R, CID-9 CID-10 E AGECAAT) ou através escalas psicométricas, criadas com a intenção de rastrear e/ou identificar a sintomatologia depressiva (CES-D, GDS-15 e Zung SDS).

As mais conhecidas e utilizadas são a CID-9, CID-10 e o DSM-IV, que é uma revisão do DSM-III-R (OMS, 1997; APA, 1994). As mesmas estabelecem critérios claros para a avaliação da depressão maior, que se caracteriza por ser generalizada, persistente e intensa. O idoso experimenta uma tristeza exagerada acoplada com o pessimismo, além da perda de autoestima e da ideia de desvalia e culpa (SCHMALL, 2004; OMS,1997). Os estudos que utilizaram as referidas escalas foram: Forsell e Winblad (1999), Palsson *et al* (2001), Samuelsson *et al* (2005), Almeida *et al* (2009), Gureje *et al* (2011), Huang *et al* (2012) e Tsai *et al* (2013).

Para diagnosticar o transtorno depressivo maior, cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes durante duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia: humor deprimido, perda de interesse e prazer em desenvolver atividades, perda ou ganho de peso corporal, insônia ou sonolência, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada, dificuldade de

concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Os sintomas não podem ser efeito direto do uso de substâncias e nem de uma condição médica ou luto (ALEXOPOULOS, 2005; APA, 1994; OMS, 1997; CHILOFF, 2011).

O diagnóstico de depressão maior deve se basear nos sintomas apresentados no Quadro 1:

<p>A. Pelo menos cinco dos seguintes sintomas devem estar concomitantemente presentes durante o período de duas semanas e representarem uma alteração no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer:</p> <p>(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicação por relato ou observação alheia.</p> <p>(2) Interesse ou prazer marcadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicação por relato ou observação alheia.</p> <p>(3) Perda ou ganho de peso significativos, na ausência de dieta, ou diminuição ou aumento do apetite quase diariamente.</p> <p>(4) Insônia ou hipersônia quase diariamente.</p> <p>(5) Agitação ou retardo psicomotor quase diariamente (observados pelos outros e não meros sentimentos de inquietação subjetivos de inquietação ou lentidão).</p> <p>(6) Fadiga ou perda de energia diariamente.</p> <p>(7) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (podendo ser delirante) quase diariamente (não mera auto-reprovação ou culpa por estar doente).</p> <p>(8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase diariamente (tanto por relato subjetivo quanto por observação alheia).</p> <p>(9) Pensamentos recorrentes de morte (não mero temor de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio, ou plano específico para cometer suicídio.</p>
<p>B. Não preenche critério para episódio misto.</p> <p>C. Os sintomas causam desconforto clínico significativo ou comprometem o desempenho social, ocupacional, ou outras áreas importantes do funcionamento.</p> <p>D. Os sintomas não são devidos ao efeito fisiológico direto de substâncias ou à condição médica.</p> <p>E. Os sintomas não são mais bem explicados por luto, isto é, não aparecem após perda de ente amado, os sintomas persistem por pelo menos dois meses ou são caracterizados por comprometimento funcional acentuado, preocupação mórbida de pouca valia, ideação suicida, sintomas psicóticos, ou retardo psicomotor.</p>

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para episódio depressivo – DSM-IV

O GMS – AGECAT é um instrumento de duas fases. Na primeira fase – GMS – o profissional realiza uma entrevista semiestruturada, que envolve uma avaliação ampla e detalhada do estado mental dos idosos. Na segunda fase – AGECAT – utiliza-se de um programa computadorizado que analisa os dados do GMS. Nessa fase, os diagnósticos são gerados por algoritmos computadorizados, classificando-os em “clusters” diagnósticos, baseados em critérios do DSM-IV. Alguns estudos utilizam o estágio sindrômico (fase 1) e outros o estágio hierárquico (fase 2) causando variabilidade nos resultados em razão do instrumento (COPELAND, 1976; MENDES-CHILOFF, 2011). O estudo que utilizou o GMS-AGECAT foi: Jonge *et al* (2006), Kim *et al* (2006).

Os demais instrumentos avaliam o que alguns autores chamam de transtorno depressivo menor, ou seja, avaliam sintomas depressivos clinicamente relevantes, mas que não preenchem critérios diagnósticos para depressão maior (MENDES-CHILOFF, 2011). Para diagnosticar o transtorno depressivo menor, pelo menos dois dos cinco sintomas da desordem depressiva maior devem estar presentes. Além disso, a síndrome deve ter duração de pelo menos duas semanas, levar a sofrimento ou prejuízo funcional e não ser efeito direto do uso de substâncias, de uma condição médica ou de luto. Esse diagnóstico só pode ser dado a pacientes sem história de depressão maior, distímia, bipolaridade ou com distúrbios psicóticos.

De forma geral, a pessoa que sofre com a presença desses sintomas, tem uma capacidade funcional prejudicada, sente-se incapacitada por vários dias seguidos, tem uma autopercepção de saúde ruim, sente que o apoio social recebido é insuficiente e frequenta excessivamente os serviços de saúde. Mas apesar das características acima citadas, ela é capaz de desenvolver a maior parte das atividades (ALEXOPOULOS, 2005; AZIZ E STEFFENS, 2013; APA, 1994; OMS, 1997). Esses sintomas depressivos, quando avaliados através de escalas de avaliação dos sintomas, devem apresentar pontuação mais alta que o ponto de corte estabelecido.

A GDS, a CES-D e a Zung SDS foram utilizadas em 12 artigos selecionados e avaliam a depressão menor no idoso.

A GDS foi desenvolvida e validada por Yesavage e cols (1983). Inicialmente a escala era composta por trinta questões e posteriormente foi adaptada para um formato reduzido composto por quinze questões (SHEIK & YESAVAGE, 1986). A GDS é uma das escalas mais utilizadas em estudos epidemiológicos de depressão, pois possui alta sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9%. Avalia o nível de humor do idoso através das respostas obtidas tendo como referência o último mês. É de fácil aplicação e compreensão e sua versão reduzida de 15 itens pode ser utilizada por qualquer profissional (SHEIK & YESAVAGE, 1986). No Brasil, Almeida & Almeida (1999) foram os primeiros a realizar um estudo para avaliar a confiabilidade da GDS no rastreio da depressão em idosos. Os estudos que utilizaram o GDS foram: Harris, T. *et al* (2006), Wilson *et al* (2007), Bojorquez-Chapela *et al* (2012), Stek *et al* (2006) e Weyerer *et al* (2013).

A CES-D foi desenvolvida por Radloff (1977). Trata-se de uma medida composta por 20 perguntas que avaliam quantas vezes durante a semana os idosos apresentaram tristeza, perda de interesse, mudanças no apetite, sentimento de

solidão, cansaço e pensamentos suicidas. Os autores indicaram que fatores etários, culturais e relacionados à saúde influenciam os padrões de respostas e, portanto, a escala deve ser validada para cada grupo cultural que vier a ser aplicada (MENDES-CHILOFF, 2011). No Brasil, Batistoni *et al* (2007) realizaram um estudo para validar o uso desta escala com idosos residentes na residentes em Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, entre os anos de 2002-2003, obtendo satisfatórios índices de especificidade de 73,6% e sensibilidade 74,6%, para ponto de corte >11. Os estudos que utilizaram o CES-D foram: Zarit *et al* (1999), Bastistoni *et al* (2010), Lue *et al* (2010), Luppá *et al* (2012), Koster *et al* (2006).

A Zung SDS foi desenvolvida por Zung em 1965. Trata-se de uma escala de auto-aplicável composta por 20 perguntas (positivas/negativas) que avaliam sintomas somáticos, afetivos e psicológicos de depressão. Cada item varia de 1 (pouca parte do tempo) a 4 (a maior parte do tempo), de acordo com que cada sintoma afeta a vida dos entrevistados. O escore final consiste na soma da pontuação de cada questão, tendo o escore mínimo de 20 pontos e o máximo de 80 pontos. A maioria dos estudos aponta para um ponto de corte de 50 para rastreamento dos sintomas depressivos (CHAGAS, 2010). A Zung SDS foi validada no Brasil por Chagas *et al* (2010), no ano de 2009, quando desenvolveram um estudo com pacientes com idade superior a 40 anos e com diagnóstico de Doença de Parkinson. O índice de pontuação de 55 teve uma sensibilidade de 88,9% e uma especificidade de 83,3% para o diagnóstico de depressão. O estudo em que a referida escala foi utilizada foi o de Gitay *et al* (2006).

Cabe destacar que, este estudo utilizará a GDS-15 para avaliar a incidência de depressão nos idosos. A escolha se deve ao fato da escala ter alta sensibilidade e especificidade e ser indicada pelo Ministério da Saúde para rastreamento da sintomatologia depressiva.

O detalhamento sobre os instrumentos e suas características encontra-se no Quadro 2.

AUTOR/ANO	INSTRUMENTO	CARACTERÍSTICA
Associação Psiquiátrica Americana, 1994	Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders – DSM-IV	Diagnóstico
Organização Mundial de Saúde, 1992	Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID- 10 – Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.	Diagnóstico
Coopelando et al, 1976	Depression Diagnosis from the Geriatric Mental (GMS) Automated	Diagnóstico

	Geriatric Examination for Computer Assisted (AGECAT)	
Jorm & Mackinnon, 1995	Canberra Interview for the Elderly – CIE	Diagnóstico
Yesavage et al, 1983	Geriatric Depression Scale – GDS	Rastreamento
Radloff, 1977	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D	Rastreamento
Zung, 1965	Self-rating depression scale de Zung (Zung SDS)	Rastreamento

Quadro 2 - Instrumentos de avaliação de depressão e sintomas depressivos utilizados nos estudos epidemiológicos analisados

4.3.5 Fatores associados à depressão

Através de análises bi e multivariadas, os estudos selecionados indicam que os fatores associados à depressão em idosos são:

4.3.5.1 Sexo

Cámara *et al* (2008) demonstraram que a incidência de depressão é significativamente maior nas mulheres ($Z=18,7$; IC95% 13.6-25.1) do que nos homens ($Z=8,5$; IC95% 4,8-14,1). Luppa *et al* (2012), em análise multivariada, encontraram uma chance 2,9 vezes maior (IC95% 1.5-5.7) das mulheres desenvolverem depressão quando comparadas aos homens. Bojorquez-Chapela *et al* (2012), por sua vez, observaram que as mulheres são mais propensas a se tornarem depressivas do que os homens ($p=0,01$). Gureje *et al* (2011) verificaram que quando a análise é ajustada para idade, a chance das mulheres desenvolverem depressão é 1,6 vezes maior (IC95% 1,3-2,0) do que os homens.

Os demais estudos, não encontraram essa associação. Harris *et al* (2006), por exemplo, em análise ajustada para idade e sexo verificaram que as mulheres tem menos chance de desenvolver transtornos depressivos se comparado aos homens (OR=0,4; IC95% 0,2-0,8).

4.3.5.2 Idade

Pálsson *et al* (2001) demonstraram que a incidência de depressão aumentou de 17 por 1.000 pessoas-ano entre as idades de 70 e 79 anos, para 44 por 1.000 pessoas-ano entre as idades de 79 e 85 anos (diferença de idade: RR=2,6 - $p<0,001$;

homens $RR=3.1$ - $p=0,036$; mulheres $RR=2.3$ - $p=0,003$). Weyerer *et al* (2013), após o ajuste para fatores de confusão, demonstraram que a incidência de depressão foi significativamente maior entre os idosos com 85 anos ou mais ($HR=1,8$; $IC95\%$ 1,24-2,70).

4.3.5.3 Escolaridade

Bojorquez-Chapela *et al* (2012) demonstraram que os idosos que sabiam ler e escrever tinham menos chance de desenvolver depressão ($OR=0,6$; $IC95\%$ 0,41-0,91) do que aqueles que não detinham o referido conhecimento.

4.3.5.4 Renda e privações sociais

Harris *et al* (2006), ao ajustarem a amostra para idade, sexo e score positivo no GDS, constataram que os idosos que precisaram cortar gastos no último mês tiveram mais chance de desenvolver depressão ($OR=3,2$; $IC95\%$ 1,3-7,9) do que aqueles que não precisaram realizar a contenção de gastos. Koster *et al* (2006), ao ajustarem o modelo para sexo e idade, identificaram que a incidência de depressão foi maior entre os idosos com baixo nível socioeconômico ($HR=1,5$; $IC95\%$ 1.17-1.99) se comparado com os idosos com um nível socioeconômico elevado. Bojorquez-Chapela *et al* (2012) demonstraram que um capital social maior no início do estudo – maior nível de escolaridade e socioeconômico - foi associado com menor incidência de depressão em mulheres ($OR=0,7$; $IC95\%$), enquanto para os homens, não houve associação significativa ($OR=1,0$; $IC95\%$).

4.3.5.5 Rede social

Harris *et al* (2006) encontraram associação entre a incidência de depressão e a rede social comprometida. Os autores verificaram que os idosos que não estavam satisfeitos com o apoio social recebido ($OR=4,6$; $IC95\%$ 2.2-9.9) e que se sentiam solitários ($OR=9,3$; $IC95\%$ 2,9-30,3) tiveram mais chance de desenvolver depressão se comparados com aqueles que estavam satisfeitos com o apoio e que não se sentiam solitários. Forsell e Winblad (1999) constataram que os idosos com uma rede

social comprometida tem mais chance de desenvolver depressão (OR=3,3; IC95% 1,2-5,4) do que aqueles que não mencionaram esse problema. Gureje *et al* (2011), por sua vez, demonstraram que as mulheres sem contato regular com os amigos tinham mais chance de desenvolver depressão (RR=2,1; IC95% 1,1-3,7) do que aquelas que possuíam contato regular com os amigos.

4.3.5.6 Incapacidade funcional

Harris *et al* (2006) encontraram associação entre a incidência de depressão e a incapacidade funcional. Os autores verificaram que os idosos que apresentaram alguma deficiência (OR=3,0; IC95% 1,5-5,8), dor - seja moderada ou grave (OR=3,8; IC95% 1,8-8,0) e saúde geral muito ruim (OR=12,8; IC 95% 3,5-46,7) tiveram mais chance de desenvolver depressão do que os idosos que não apresentaram esses problemas. Weyerer *et al* (2013), por sua vez, encontraram uma chance 2,5 vezes maior (IC95% 1,97-3,25) dos idosos com incapacidade funcional desenvolverem depressão se comparado com aqueles que não possuíam incapacidade e uma chance 1,41 vezes maior (IC95% 1,04-1,91) dos idosos com problemas de visão desenvolverem depressão se comparado com aqueles que não possuíam o referido problema. Bojorquez-Chapela *et al* (2012) demonstraram que os idosos que são funcionalmente independentes são menos propensos a desenvolverem depressão se comparado com os idosos que apresentam incapacidade funcional ($p < 0,01$).

4.3.5.7 Comprometimento cognitivo

Forsell e Winblad (1999) verificaram que as pessoas diagnosticadas com demência apresentaram mais chance de desenvolver a depressão (OR=2,8; IC95% 1,1-4,5) do que aquelas que não apresentaram o referido diagnóstico. Weyerer *et al* (2013), por sua vez, encontraram uma chance 1,5 vezes maior (IC95% 1,10-2,10) dos idosos com comprometimento cognitivo apresentarem o transtorno depressivo se comparado com os idosos sem comprometimento cognitivo. Weyerer *et al* (2013) também demonstraram que os idosos que apresentaram redução da memória subjetiva tiveram uma probabilidade maior (HR=1,3; IC95% 1,01-1,74) de desenvolverem depressão do que os idosos que não apresentaram o problema.

4.3.5.8 Comorbidades

Forsell e Winblad (1999) demonstraram que os idosos que possuíam dois ou mais sintomas depressivos tiveram mais chance de desenvolver depressão (OR=3,7; IC95% 1,4-6,0) do que aqueles que apresentaram apenas um sintoma.

4.3.5.9 Consumo arriscado de álcool e tabaco e inatividade física

No estudo de Luppá *et al* (2012) um impacto significativo sobre a incidência de depressão foi associado ao consumo arriscado de álcool (OR= 2,3; IC95% 1,9-4,96). O estudo de Weyerer *et al* (2013), por sua vez, demonstrou que o tabaco também está associado a incidência de depressão (HR=1,69; IC95% 1,13-2,53).

4.3.5.10 Inatividade física

Koster *et al* (2006) verificaram que os idosos que realizaram de uma a três atividades físicas nas duas semanas anteriores à coleta de dados tiveram incidência de depressão 37% maior (IC95% 1,01-1,86) se comparado a aqueles que desenvolveram de seis a sete atividades físicas por semana.

4.3.5.11 Visitas aos especialistas

Luppá *et al* (2012) encontraram associação entre a incidência de depressão e o número de visitas aos especialistas. Nesse sentido, o número de idosos que consultaram mais do que 2 vezes com especialistas nos últimos 12 meses (OR=1,6; IC95% 1,03-2,52) esteve associado com a incidência de depressão.

4.3.5.12 Doenças crônicas

Tsai *et al* (2013) identificaram uma incidência de depressão em idosos com 70 anos e mais, com bronquite crônica, de 14/1000 pessoas-ano. Verificaram também, que a incidência de depressão em indivíduos com 50 anos ou mais, com bronquite crônica, foi cerca de duas vezes maior do que no grupo sem a doença respiratória. Michikawa *et al* (2013), observaram que a incidência de depressão em homens idosos

com zumbido no ouvido foi de 20,5% enquanto que nos homens sem zumbido no ouvido a incidência foi de 9,5%. Huang *et al* (2012), encontraram que a densidade de incidência anual de depressão entre idosos acima de 65 anos diagnosticados com diabetes era de 11,83/1000 pessoas-ano, sendo 9,28/1000 para os homens e 13,92/1000 para as mulheres. Jonge *et al* (2006), na Espanha, viram que em oito anos a incidência cumulativa de depressão em indivíduos com diabetes foi de 16,5%, significativamente maior ($p=0,03$) do que em indivíduos sem a doença (12,4%). Kim *et al* (2006) identificaram associação entre doença cardíaca preexistente (OR=2,1; IC95% 1,3-3,3), entre acidente vascular cerebral (OR=2,3; IC95% 1,0-5,1) e baixa densidade lipoproteica (LDL) (OR=1,3; IC95% 1,1-1,6) com a maior incidência de depressão. Luppá *et al* (2012) também encontraram associação entre infarto agudo do miocárdio e a incidência de depressão (HR=2,8; IC95% 1,27-6,09). Becker *et al* (2010) relataram que o risco de depressão nos indivíduos com 40 anos ou mais aumentou quase duas vezes em pacientes com a doença de Parkinson quando comparado a pacientes sem a doença (OR=1,9; IC95% 1,49-2,40). Identificaram também, que a taxa de incidência de depressão entre idosos que receberam diagnóstico de doença de Parkinson foi de 2,8 (IC95% 1,70–4,62) entre 60 e 69 anos, de 2,9 (IC95% 2,14–4,09) entre 70 e 79 anos e de 1,4 (IC95% 0,99–1,98) entre 80 anos ou mais, o que foi significativamente maior do que entre idosos sem o diagnóstico e na mesma faixa etária.

4.3.5.13 Pessimismo

Após 15 anos de acompanhamento, o estudo desenvolvido por Giltay *et al* (2006) identificou que o otimismo tem um efeito protetor sobre o desenvolvimento da depressão em idosos do sexo masculino residentes na comunidade. O resultado encontrado foi de 0,23 (IC95% 0,15-0,36; alto x baixo otimismo).

4.4 Conclusão

A depressão consiste em enfermidade mental frequente entre os idosos e que desencadeia um importante problema de saúde pública.

Os estudos indicaram uma probabilidade significativamente maior de depressão em idosos do sexo feminino, mais velhos, com baixa escolaridade, menor renda, com rede social comprometida, morbidades crônicas e multimorbidades, com

comprometimento cognitivo, incapacidade funcional, maior número de visitas a especialistas, com consumo arriscado de álcool e tabaco, inatividade física e pessimismo.

A variação das taxas de incidência de casos de depressão e de sintomas depressivos pode ser atribuída aos diferentes instrumentos utilizados, tempo de seguimento e contextos culturais. No entanto, a multiplicidade de fatores que contribuem para o aparecimento da depressão apresenta-se como um desafio para pesquisadores e profissionais de saúde, exigindo uma perspectiva integral e uma avaliação contínua.

5 Referencial teórico

A depressão em idosos, conforme mencionado anteriormente, representa um grave problema de saúde pública, pois além de ser uma enfermidade crônica, com alto custo socioeconômico, acarreta problemas de incapacidade física, mental e social, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças de alta mortalidade, piora a qualidade de vida e é a principal causa de suicídios (OMSM, 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde Mental, a depressão é a principal causa de incapacidade (medidos por Anos Vividos com Incapacidade) e a terceira causa da carga global de doenças em todo o mundo (MÁXIMO, 2010; BRASIL, 2015).

Caracterizada como um transtorno de humor e por uma experiência subjetiva de grande sofrimento, a depressão se apresenta acompanhada de perda de interesse ou prazer, aumento da fadiga, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, modificações no sono, no apetite e na atividade sexual, perda ou diminuição da força física, pouca concentração e pensamentos de morte ou suicídio (OMSM, 2012). E, a semelhança dos demais problemas de saúde, a etiologia da depressão é determinada por múltiplas causas, dentre as quais se destacam características biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas e familiares (BRASIL, 2006).

Entre as teorias epidemiológicas da multicausalidade, a depressão será interpretada neste estudo no marco da determinação social do processo saúde-doença (LAURELL E NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993). Esta teoria destaca a primazia dos processos de produção (trabalho) e reprodução (consumo) social na constituição e perda das capacidades biopsicossociais dos seres humanos, valorizando os aspectos contextuais e históricos, que condicionam não apenas o perfil demográfico, ou econômico dos indivíduos que apresentam o problema, mas inclusive as características clínicas de sua fisiopatologia (FACCHINI, 1993). Neste sentido, a depressão em idosos está marcada por características históricas e culturais do município de Bagé, que expressam as particularidades da distribuição de um problema de ocorrência universal.

A Figura 1 apresenta de forma hierarquizada as categorias utilizadas para explicar a variabilidade da depressão em idosos. Em nível distal, situam-se as características socioeconômicas, demográficas e familiares dos indivíduos. O envelhecimento enquanto processo permanente e multidimensional expõe os idosos, de modo contrastante, a experiências sociais de ruptura com a vida produtiva,

eventualmente de perda de renda e de reconhecimento social, dentre outros aspectos com consequências emocionais e físicas. Enquanto fenômeno individual a depressão pode afetar pessoas de qualquer classe social, ou econômica, mas do ponto de vista coletivo sua ocorrência está fortemente associada à pobreza e a consequente exclusão social, a insegurança laboral, ao baixo nível educacional, a privação e/ou ausência de habitação, aos altos níveis de violência e reduzido apoio social, que condicionam o acesso do idoso a alimentos nutritivos, a cuidados de saúde, bem como ao bem-estar e a segurança (ALVES E RODRIGUES, 2010).

O afastamento do trabalho, a diminuição dos rendimentos e de redes de relacionamento e proteção social influenciam de modo geral as condições de vida e saúde dos idosos, podendo desencadear ou agravar problemas de saúde, como por exemplo, o sofrimento mental e a depressão. Esta situação acaba aumentando as demandas individuais por atendimento de saúde, consumo de medicamentos e cuidados formais e informais, que podem não estar ao alcance dos grupos sociais mais pobres, reforçando o ciclo vicioso pobreza-doença-pobreza, em contextos de precariedade das condições de moradia, transporte, saneamento e lazer, dentre outras igualmente importantes (FACCHINI, 1993; BRETANHA, 2013; THUMÉ, 2010; NOGUEIRA, 2010).

A depressão acomete homens e mulheres de todas as idades, mas a Organização Mundial de Saúde Mental (2012) destaca que o sexo feminino está mais associado com a depressão. A maior ocorrência do problema em mulheres pode decorrer do papel multifacetado que as mesmas desempenham e pelas responsabilidades que condicionam. O problema também pode decorrer da maior exposição das mulheres à violência doméstica e sexual, da educação machista, da desigualdade social entre os sexos, da cobrança social pelo “corpo perfeito” e do seu maior contato com os serviços de saúde ao longo da vida, aumentando a probabilidade de obter um diagnóstico e tratamento, desde a menarca até a menopausa (ALMEIDA-FILHO, 2004; RODRIGUES, 2009; ALVES & MÁXIMO, 2010). Por exemplo, o nascimento de uma criança e todas as transformações que isso ocasiona na rotina da mãe e da família podem desencadear a depressão pós-parto. As transformações hormonais e fisiológicas, os aspectos culturais e psicológicos e a maior facilidade que a mulher tem de relatar problemas afetivos e sentimentais também podem explicar a maior ocorrência do problema em mulheres (RODRIGUES, 2009; ALVES & RODRIGUES, 2010; MÁXIMO, 2010). Além disso, as mulheres

podem receber até duas vezes mais prescrições de psicofármacos do que homens (RODRIGUES, 2006), podendo indicar não só uma maior utilização de serviços de saúde, mas também uma percepção e abordagem distinta do problema por profissionais de saúde, em função do gênero. Moreno Luna *et al* (2000), em avaliação da conduta médica em atenção básica à saúde, concluíram que os médicos abordaram de maneira diferente os sintomas de ansiedade e depressão dependendo do sexo do usuário.

A idade também está associada à depressão. Isso significa que o avançar da idade, principalmente nas mulheres, está diretamente relacionado ao aumento da predisposição biológica para a depressão e ao maior risco de acometimento por alguma doença crônica, entre elas, a depressão (LEITE, 2006). Além disso, depois que atingem um patamar etário, os idosos são excluídos do mercado de trabalho e passam a se sentir desvalorizados, desestimulados e improdutivos. O aumento dos fatores estressantes, a aposentadoria e a consequente mudança nos hábitos de vida pode ocasionar a depressão (ALVES & RODRIGUES, 2010).

No processo de envelhecimento, a instabilidade econômica e a dependência física tornam a família o principal suporte para o idoso. Nesse sentido, a qualidade do cuidado e das relações afetivas estabelecidas com familiares e amigos também influenciam diretamente nas condições de vida e de saúde do idoso e estão associadas com a ocorrência da depressão, pois se não houver uma relação estreita e de confiança e, se essa relação for combinada com outros fatores, como vínculos superficiais, agressividade e hostilidade, o risco de depressão será aumentado (SOUZA, 2014; BRASIL, 2006). Além disso, o afastamento do convívio familiar, a viuvez ou o luto diante de perdas de familiares ou amigos próximos também aumentam o risco de depressão (GALHARDO, 2010; BRASIL, 2006; ALVES & RODRIGUES, 2010).

No nível intermediário de determinação situam-se as características comportamentais e da rede social de apoio ao idoso. Nesse sentido, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas também estão associados com a depressão. No que tange ao consumo abusivo de álcool, o Ministério da Saúde (2006) destaca que o álcool pode além dos sintomas depressivos serem mascarados com a bebida alcoólica, a interação entre o álcool e demais substâncias químicas, como por exemplo, múltiplos medicamentos, inclusive psicoativos, podem gerar outros efeitos nocivos à saúde do idoso. O tabagismo, por sua vez, está associado com a depressão

por ser fator de risco para várias doenças e estar relacionado com fatores que podem levar a importantes perdas de capacidade funcional (BRASIL, 2006; OMS, 2005). Cabe destacar, no entanto, que o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados (RODRIGUES, 2009; RONDINA, 2003; BRASIL, 2006), à semelhança do consumo de bebida alcoólica. Mas apesar do consumo de álcool e tabaco se caracterizar como fator de risco para a depressão, estudos demonstram que ele também pode se caracterizar como fator de proteção. O consumo de álcool, por exemplo, se moderado e realizado socialmente, pode promover as relações sociais e de trocas. O tabagismo, por sua vez, pode auxiliar os indivíduos na “automedicação de sentimentos de tristeza ou humor negativo” (RONDINA, 2003).

A participação em atividades físicas pode retardar o aparecimento de declínios funcionais, diminuir o aparecimento de doenças crônicas, melhorar a saúde mental, promover contatos sociais e reduzir o risco de quedas (OMS, 2008). Em contrapartida, a inatividade física está associada à depressão por ser um dos principais fatores de risco para os declínios funcionais e para as doenças crônicas (BRASIL, 2006).

Nesse processo, encontra-se também a influência das redes sociais de apoio, as quais expressam o nível de coesão social que é de suma importância para a saúde da sociedade e, em especial, para a saúde dos idosos (OMS, 2008; UHLMANN, 2013). Por exemplo, um transporte público ineficiente dificulta a mobilidade espacial do idoso, a falta de espaços seguros para o desenvolvimento de práticas de atividades físicas e comunitárias acaba influenciando o sedentarismo e o desenvolvimento de doenças crônicas e a inexistência de atividades comunitárias, do auxílio dos vizinhos e do monitoramento e das visitas dos profissionais de saúde acaba ocasionando o isolamento social dos idosos (OMS, 2008). Ao reduzirem a autonomia, a participação social e a qualidade de vida dos idosos, todos esses fatores se associam à depressão (ALVES & RODRIGUES, 2010).

Em nível proximal encontra-se a utilização dos serviços de saúde, a situação de saúde do idoso, o uso de medicamentos e a capacidade que os idosos têm de desenvolver as atividades da vida diária.

No que tange a oferta de serviços de saúde, cabe destacar que o processo da Reforma Psiquiátrica compartilha dos princípios de controle social do SUS (universalidade, equidade e integralidade) e defende “a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 25). Além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos

Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), do Programa de Volta para Casa (PVC) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) (BRASIL, 2005), o Ministério da Saúde também defende a incorporação de ações relacionadas à saúde mental na Atenção Básica à Saúde potencializando o cuidado, facilitando uma abordagem integral e oferecendo maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS e para os idosos em particular (BRASIL, 2003). Ademais, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) representa uma importante iniciativa para a ampliação do acesso em saúde e para a construção de uma rede compartilhada entre apoio e referência (REIS, 2012).

O aumento da oferta de serviços ambulatoriais e a diminuição de hospitais psiquiátricos têm facilitado, portanto, a identificação de indivíduos com sofrimento mental e depressão nos domicílios, contribuindo também para o crescimento do consumo de antidepressivos nos últimos vinte anos, tendência referida por diversos autores (RODRIGUES, 2006; OLFSON, 2002; HEMELS, 2002). Neste sentido, a maior disponibilidade de serviços ambulatoriais e a maior efetividade dos tratamentos medicamentosos e de outras estratégias terapêuticas podem contribuir para o manejo mais adequado do problema e para sua remissão.

Mas apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas para o cuidado dos portadores de transtornos mentais e dos idosos nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde (2011) destaca que ainda há um desconhecimento em nível nacional acerca do impacto social e econômico que os transtornos mentais, especialmente a depressão, provocam por estarem associados ao maior risco de morbidade e mortalidade nos diferentes grupos etários (OMS, 2011; BRASIL, 2015). Além disso, o entendimento sobre as inter-relações entre os sinais e sintomas da depressão continua sendo um desafio para os profissionais de saúde (BRASIL, 2006). Estima-se que apenas 20% dos casos de depressão em idosos são detectados na atenção básica (RODRIGUES, 2009; COLE & YAFE, 1996; BEEKMAN, 1999) e, que 75% das pessoas que se suicidam “consultaram com seu médico no mês anterior, e entre um terço e a metade, na semana anterior, por outro motivo que não depressão. A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado” (BRASIL, 2006, p.101). Cabe destacar, portanto, que os idosos formam o grupo etário que se suicida com mais frequência (BRASIL, 2006).

Um dos fatores relacionados ao sub-diagnóstico ou ao sub-tratamento da depressão é sua relação com o comprometimento cognitivo, com a presença de co-

morbidades e com a polifarmácia, que podem “mascarar” seus sintomas (RODRIGUES, 2009). Estudos demonstram que idosos com problemas físicos, principalmente para aqueles de natureza crônica (doenças cardíacas e neurológicas, a hipertensão, o diabetes, a dor crônica associada a neoplasias e doença osteoarticular deformante, a artrite, a perda de audição ou visão, os problemas do trato urinário e de próstata) possuem um risco aumentado para o desenvolvimento da depressão (AZIZ, STEFFENS, 2013; SCHMALL, 2014). Além disso, a utilização de alguns medicamentos pelos idosos com alguma morbidade também tem sido associado à depressão. O metildopa, benzodiazepínicos, propranolol, reserpina, esteroides, agentes anti-parkinsonianos, betabloqueadores, cimetidina clonidina, hidralazia, estrogênios, progesterona, tamoxifeno, vimblastina, vincristina e dextropropoxifeno podem ocasionar efeitos colaterais graves e causar depressão (AZIZ, STEFFENS, 2013; BRASIL, 2006).

Além disso, a presença de morbidades crônicas e o consequente uso de vários medicamentos acabam diminuindo a capacidade funcional dos idosos para o desenvolvimento de atividades da vida diária e se associando à depressão (RODRIGUES, 2009).

Nesse processo, é extremamente importante que a avaliação dos idosos seja abrangente o bastante para detectar as alterações existentes e, até mesmo os sinais de risco iminente de alguma perda funcional, com consequente perda da autonomia (PARADELLA, 2011). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõe a construção de um Projeto Terapêutico Singular e a utilização de um instrumento de avaliação da saúde mental chamado Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. Esse instrumento apresenta uma sequência de itens a serem avaliados pelo profissional de saúde. Um dos itens diz respeito à avaliação breve do estado de humor, e permite identificar sintomas depressivos clinicamente relevantes, que estando presentes, serão mais bem avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Essa escala destina-se ao uso de qualquer profissional de saúde, podendo ainda ser utilizada por leigos ou até mesmo ser auto aplicada (BRASIL, 2006; ANDRADE, 2010).

Por fim, a otimização do uso dos serviços de saúde e a qualificação das intervenções em idosos com depressão contribuem para a promoção de saúde e prevenção de outras condições clínicas e de óbitos prematuros, além de reduzir os custos do Sistema de Saúde com o referido problema (BRASIL, 2006).

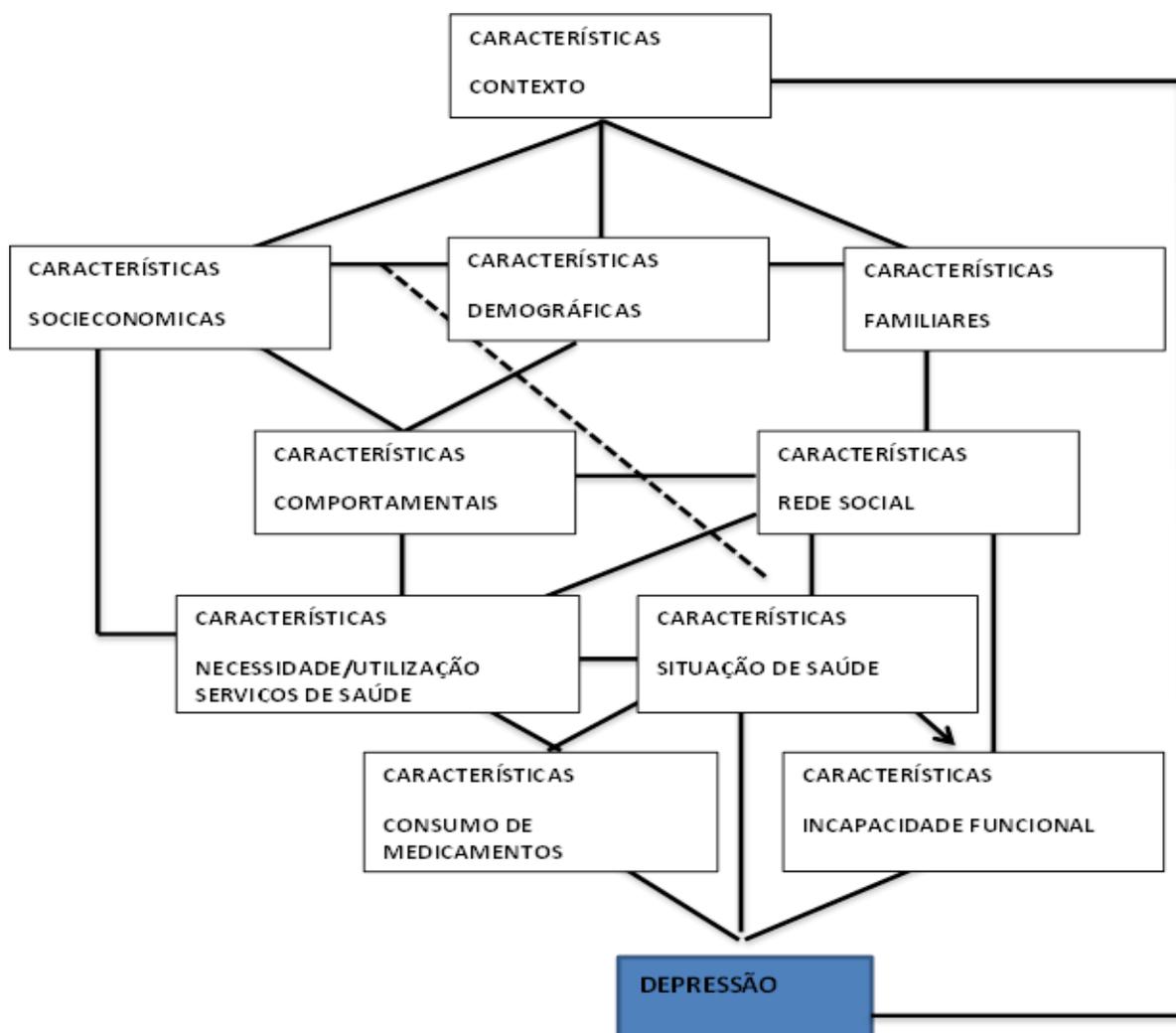
Modelo teórico:

Figura 1 - Modelo teórico

6 Metodologia

6.1 Delineamento:

O delineamento proposto é de um estudo longitudinal de base comunitária em área de abrangência dos serviços básicos de saúde de Bagé/RS. Assim, os idosos que participaram do Projeto Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS, no ano de 2008, serão novamente entrevistados e constituirão uma coorte de idosos.

Esse delineamento foi escolhido por permitir avaliar a proporção de casos novos da depressão em idosos e fornecer uma melhor informação sobre a etiologia da doença, pois leva em conta o período de tempo em que os indivíduos estão livres da doença, ou seja, em risco de desenvolvê-la (BONITA, 2010). De igual forma, o delineamento escolhido permite avaliar quais os fatores associados à depressão são responsáveis pela persistência ou remissão da sintomatologia depressiva ao longo do período estudado (2008-2016).

A Figura 2, expressa graficamente a caracterização da incidência de depressão na coorte de idosos:

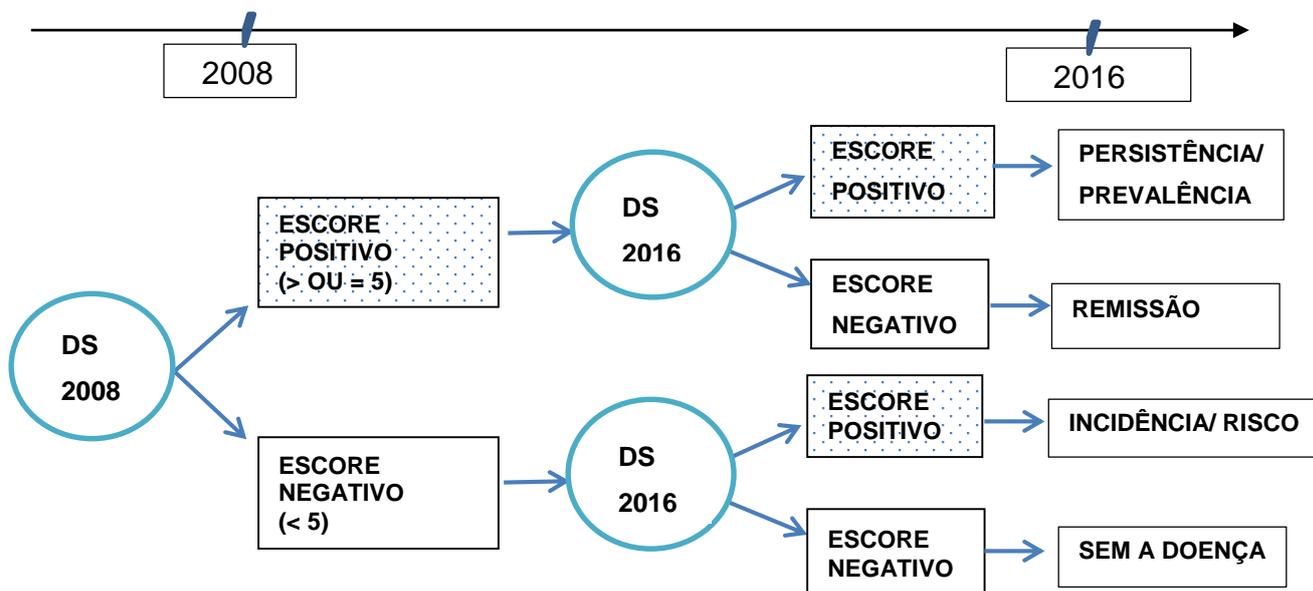


Figura 2 - Caracterização da incidência de depressão na coorte de idosos

6.2 População alvo

Este estudo localizará as pessoas que, em 2008, participaram do Projeto “Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS” (COCEPE: 406.00.036) (THUMÉ, 2010) e constituirá uma coorte fechada de idosos.

A primeira coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2008, com amostra representativa de 1.593 pessoas com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana do município de Bagé/RS (THUMÉ, 2010). A segunda coleta de dados está prevista para o período de julho a setembro de 2016 e incluirá todos os indivíduos com 60 anos ou mais que participaram do estudo em 2008 e que continuam vivos.

6.3 Critérios de inclusão:

Serão incluídos na coorte de idosos:

- todos os participantes do Projeto “Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS”, que continuam vivos.

6.4 Critérios de exclusão

Serão excluídos da coorte de idosos:

- indivíduos que, no momento da entrevista, estiverem viajando, ou privados de liberdade por decisão judicial.

6.5 Amostragem do estudo de 2008, busca dos idosos em 2016 e perfil da rede básica de saúde

O município de Bagé está localizado na metade sul do Rio Grande do Sul, limita com oito municípios brasileiros e faz fronteira com o Uruguai. De acordo com o IBGE (2015), o município possui uma área territorial de 4.095,534 Km, uma densidade demográfica de 28,52 hab/Km² e uma taxa de urbanização de 83,7%. Atualmente, a estimativa é de que Bagé possua aproximadamente 121.749 habitantes, sendo que os indivíduos com 60 anos ou mais de idade representam 14,7% da população (IBGE, 2015).



Figura 3 - Mapa do Rio Grande do Sul e de Bagé

Em 2008, ano em que a primeira coleta de dados foi realizada, o município possuía uma população de 112.461 habitantes, sendo que 12% possuíam 60 anos ou mais. Além disso, Bagé possuía 20 unidades básicas de saúde (UBS). Destas, 15 seguiam o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 5 seguiam o modelo tradicional. Na zona urbana, a cobertura da ESF era de 54% (DATASUS, 2006), o que representava aproximadamente 53.871 pessoas moradoras em área de abrangência sob responsabilidade das equipes de ESF, deste total, 6.464 eram idosos. Considerando que o restante da população (46%) deveria ser atendida pelas UBS Tradicionais, isto corresponderia a aproximadamente 46.547 pessoas, das quais 5.585 idosas (DATASUS, 2006; THUMÉ, 2010).

A localização da amostra foi realizada em dois estágios, sendo respeitada a área de abrangência das UBS e suas respectivas microáreas (áreas mapeadas pelas equipes da ESF) ou quadrantes (área mapeada pela equipe da UBS tradicional) (THUMÉ, 2010). No primeiro estágio, definiram-se parâmetros para a definição do tamanho da amostra e, no segundo estágio, todas as micro áreas das ESF e todos os quadrantes das UBS Tradicionais foram numeradas e o ponto de início para a localização dos domicílios foi sorteado aleatoriamente. Para garantir a representatividade da amostra, no interior das micro áreas um pulo sistemático de cinco domicílios foi utilizado para garantir a adequada distribuição dos mesmos no território e, no interior dos quadrantes, o pulo foi de seis domicílios. O movimento dentro das micro áreas e dos quadrantes sempre foi à direita (THUMÉ, 2010).

Todos os indivíduos com 60 anos ou mais de idade, que residiam nos domicílios selecionados, foram considerados elegíveis e convidados a participar da pesquisa. Dentre os 1.713 idosos selecionados, 1.593 foram entrevistados, sendo 822 moradores das áreas de cobertura da ESF e 741 moradores das áreas de cobertura das UBS Tradicionais (THUMÉ, 2010; BRETANHA, 2013). Foram consideradas perdas e recusas, as entrevistas que não foram realizadas após três tentativas, em dias e horários diferentes.

Em 2016, para a constituição da coorte, será realizada busca ativa dos 1.593 idosos que participaram da primeira coleta de dados, através de contato telefônico e visitas domiciliares. Serão realizadas três tentativas para a localização de cada um dos idosos, aplicando os critérios de exclusão anteriormente descritos. Todos os idosos localizados serão convidados a participar novamente do estudo. Espera-se

encontrar, aproximadamente, 1.000 idosos considerando uma taxa de mortalidade anual de 48 por 1.000 idosos (LIMA-COSTA, 2011) entre 2009 e 2016.

Atualmente a Rede de Atenção Básica à Saúde (RAS) de Bagé é composta por 30 UBS, 17 UBS que reúnem 23 equipes de ESF e 13 UBS Tradicionais. A RAS possui também o Posto de Atendimento Médico I (PAM I), o qual oferta à população serviços de Neurologia, Traumatologia, Urologia, Nutrição, Fisioterapia, Oftalmologia, Dermatologia, Psicologia, Cardiologia, Pequenas Cirurgias, Ecografias, Eletrocardiograma e Raio-X (BAGÉ, 2017). Além, do Serviço de Assistência Especializada (SAE), Centro de Tuberculose, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Integrado de Oncologia e Mama (CIOM), Centro de Reabilitação Física, Pronto Atendimento Municipal, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Socorro (UPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Santa Casa e Farmácia Popular.

No que tange a saúde mental e à saúde do idoso, especificamente, a RAS conta também com o CAPS I, CAPS II, CAPS AD, Residência Terapêutica (com 15 pessoas residindo no local), Centro do Idoso, Casa de Acolhimento Transitório e Casa Dia, além do Projeto Vô/Vó Legal (<http://www.bage.rs.gov.br>).

6.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores

A divulgação do processo seletivo para entrevistadores se dará por meio de fixação de cartazes no interior da URCAMP, da UNIPAMPA, ambas em Bagé, e no site do Departamento de Medicina Social.

Os interessados deverão entregar o currículo preenchido na própria ficha de inscrição em local a ser definido em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Bagé. A contratação será direcionada a pessoas com 18 anos ou mais, com, no mínimo ensino médio completo, conhecimento em informática e facilidade para se relacionar em equipe.

Após análise do currículo, será realizada uma entrevista individual com os candidatos onde se avaliará a apresentação, expressão, comunicação, motivação e interesse em participar da coleta de dados. Os candidatos aprovados nas primeiras etapas do processo de seleção serão submetidos a um treinamento com duração de 40h. O treinamento consistirá em: apresentação geral do projeto de pesquisa; treinamento de técnicas de entrevista; leitura explicativa do questionário e do manual

de instruções e dramatizações. Por fim, uma prova teórica será aplicada aos candidatos.

Para evitar alguma eventualidade no decorrer da pesquisa, além do número necessário de entrevistadores e supervisores, também serão selecionados suplentes. Todos os candidatos selecionados participarão do processo seletivo e da capacitação.

O treinamento deverá ter início na primeira quinzena do mês de maio do corrente ano.

6.7 Logística e coleta de dados

Com o objetivo de aumentar a eficiência no cumprimento do cronograma e otimizar os recursos financeiros e materiais, a execução do projeto contará com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Cabe destacar que o Secretário Municipal de Saúde e docentes da Universidade URCAMP já foram contatados para que os coordenadores e doutorandos envolvidos com o projeto obtivessem informações sob os óbitos e articulassem parcerias interinstitucionais para a organização do trabalho de campo e para o desenvolvimento da seleção e capacitação.

O trabalho de campo deverá ter início na segunda quinzena do mês de julho do corrente ano e os dados serão coletados por entrevistadores previamente selecionados e capacitados, que utilizarão um questionário elaborado pelos doutorandos envolvidos na pesquisa e testado através de um estudo pré-piloto.

Os dados serão coletados na residência do idoso, através de entrevistas individuais. Para tanto, os supervisores entrarão em contato prévio com os idosos que participaram da primeira coleta de dados, entregarão uma Carta de Apresentação (ANEXO C) e, se possível, agendarão a entrevista para um momento que não cause desconforto ou interferência na rotina do idoso.

No dia e horário agendados, o entrevistador irá até a casa dos idosos e lerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A e B), solicitando a autorização para o início da entrevista. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário será aplicado. Em caso de incapacidade, o questionário será aplicado ao cuidador responsável que estiver acompanhando o idoso no momento da entrevista. Cada entrevistador deverá visitar 4 residências por dia. Serão consideradas recusas os entrevistados que não quiserem participar do

estudo após três contatos do supervisor, em dias e horários diferentes e perdidos os entrevistados que não forem localizados após 3 visitas do entrevistador e 1 do supervisor de campo.

A utilização de PDA's para a realização da coleta de dados permitirá a redução do fluxo de papel, redução no tempo de captura dos dados, aumento da qualidade no processo, à correção dos questionários no ato da entrevista, a captação do sinal de GPS das residências e a conferência semanal das entrevistas realizadas para verificação e validação das informações enviadas.

O trabalho de campo está programado para ocorrer em 75 dias, incluindo os 15 dias para a seleção e capacitação dos supervisores e entrevistadores.

6.8 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pelo supervisor de campo, o qual sorteará aproximadamente 10% dos instrumentos preenchidos e fará uma nova visita aos idosos para replicar a entrevista. O questionário utilizado para o controle de qualidade será composto por perguntas-chave que possibilitarão a identificação da concordância entre as respostas, além de possíveis erros ou respostas falsas. O índice de Kappa será utilizado para a análise da consistência das informações. Além do controle de qualidade, outras estratégias serão utilizadas para assegurar a veracidade das informações, como por exemplo: treinamento dos entrevistadores, elaboração do questionário eletrônico padronizado e pré-testado, elaboração de um manual de instruções e supervisão do trabalho de campo.

6.9 Instrumentos

Os dados serão coletados com um PDA, através de instrumento eletrônico estruturado com questões pré-codificadas. O instrumento inclui variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e antropométricas e variáveis que permitem avaliar a autopercepção de saúde e caracterizar da rede social do idoso. O instrumento incluiu também as escalas de Katz e de Lawton para avaliar a capacidade funcional, o exame mini-mental para avaliar a capacidade cognitiva e a escala de depressão geriátrica (GDS – versão abreviada) (BRASIL, 2006; THUMÉ, 2010). Em

anexo, encontra-se o instrumento utilizado no estudo de 2008, que será replicado (ANEXO D).

6.10 Variáveis do estudo

6.10.1 Variável dependente

A incidência de depressão nos idosos será investigada por meio da escala GDS-15, amplamente utilizada e validada como instrumento de rastreamento de depressão em indivíduos com 60 anos ou mais (YESAVAGE, 1983). É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas dicotômicas (sim/não). O escore igual ou maior que 5 produz índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo de acordo com a CID-10 (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999). Abaixo estão as questões que integram a escala:

1. O senhor (a) está basicamente satisfeito(a) com sua vida?
2. O senhor (a) diminuiu a maior parte de seus interesses e atividades?
3. O senhor (a) sente que a vida está vazia?
4. O senhor (a) se aborrece com frequência?
5. O senhor (a) se sente de bom humor na maior parte do tempo?
6. O senhor (a) tem medo que algo ruim lhe aconteça?
7. O senhor (a) se sente feliz na maior parte do tempo?
8. O senhor (a) sente que sua situação não tem saída?
9. O senhor (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
10. O senhor (a) se sente com mais problemas de memória que a maioria?
11. O senhor (a) acha maravilhoso estar vivo (a)?
12. O senhor (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?
13. O senhor (a) se sente cheio(a) de energia?
14. O senhor (a) acha que sua situação é sem esperanças?
15. O senhor (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o (a) senhor (a)?

6.10.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes serão: a) demográficas (sexo; idade; cor da pele; situação conjugal); b) socioeconômicas (escolaridade, classe econômica – ABEP, trabalho); c) familiares (número de pessoas no domicílio; renda familiar; casa própria; costuma ficar sozinho(a); d) rede social e de apoio; e) comportamentais (tabagismo; alcoolismo; atividade física); f) situação de saúde (auto percepção de saúde; diagnóstico de hipertensão, diabetes, problemas cardíacos; asma; AVC; artrite e artrose; problemas de visão, problemas de audição; problemas na boca, quedas; amputação); g) incapacidades (atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais da vida diária); h) satisfação com a vida; i) utilização de medicamentos; j) utilização de serviços de saúde.

As variáveis independentes e suas respectivas categorias são especificadas no quadro abaixo (Quadro 3):

Variáveis independentes	Característica	Tipo
Demográficas		
Sexo	Masculino/Feminino	Categórica Dicotômica
Idade	Idade referida em anos completos Agrupada posteriormente	Numérica Discreta Categórica Ordinal
Cor da pele (auto-referida)	Branca/Preta/Parda/Amarela/Indígena (autorreferida)	Categórica Ordinal
Estado civil	Casado/Solteiro/Separado/Viúvo	Categórica Nominal
Socioeconômicas		
Escolaridade	Anos completos de estudo Nenhum/Um a sete/Oito a mais	Numérica Discreta Categórica Ordinal
Nível econômico	Classificação conforme ABEP - nível A, B, C, D e E	Categórica Ordinal
Trabalho	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Aposentadoria	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Familiares		
Moradores da casa	Número de moradores que fazem as refeições e/ou dormem no domicílio (Agrupadas posteriormente)	Numérica Discreta
Renda familiar	Valor recebido no último mês por cada morador (Agrupadas posteriormente)	Numérica Discreta
Casa	Própria/Alugada/De um parente ou amigo	Categórica Nominal
Costuma ficar sozinho	Nunca ou raramente/Sim, cerca de uma hora/Sim, longos períodos de tempo – ex: toda manhã, toda tarde/Sim, somente durante o dia/Sim, somente durante a noite/Sim, fica todo tempo sozinho	Categórica Nominal
Rede social e de apoio		
Saiu de casa no último mês	Não saiu nenhum dia/Saiu todos os dias/Saiu 1 vez por semana/Saiu entre 2 a 4 vezes na semana	Categórica Nominal
Visita aos familiares nos últimos 15 dias e recebimento visita dos familiares	Sim/Não/Não tem família	Categórica Nominal
Visita os amigos nos últimos 15 dias e recebimento de visita dos amigos	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Recebimento de ajuda ou assistência da família	Dinheiro/Moradia/Companhia ou cuidado pessoal	Categórica Nominal
Animal de estimação	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Atividades realizadas	Foi à missa ou culto na igreja/Participou de festa na comunidade/Participou de festa da família/Participou de alguma oficina ou grupo/Participou de algum baile/Viajou para outra cidade/Viajou de excursão/ Foi a algum velório ou enterro	Categórica Nominal
Comportamentais		
Nível de atividade física	Sedentário (até 149 min/sem) e ativo (>150 min/sem) conforme IPAQ	Categórica Dicotômica
Tabagismo	Não, nunca fumou/ Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)/Já fumou, mas parou de fumar há ___ anos ___ meses	Categórica Nominal Numérica Discreta
Alcoolismo	Bebeu Sim/Não CAGE	Categórica Dicotômica Categórica Nominal
Situação de saúde		
Autopercepção de saúde	Ótima, boa/ Regular, ruim/Péssimo	Categórica Nominal

Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Diabetes Mellitus	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Problemas cardíacos	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Derrame ou AVC	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Artrite e artrose	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Problemas de visão	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Problemas de audição	Sim/Não (Diagnóstico médico autorreferido)	Categórica Dicotômica
Problemas relacionados à saúde bucal	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Quedas	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Amputação	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Incapacidades		
Atividades Básicas da Vida Diária	Presença ou ausência de incapacidade*	Categórica Nominal
Atividades Instrumentais da Vida Diária	Presença ou ausência de incapacidade*	Categórica Nominal
Satisfação com a vida		
Satisfação com a vida	Satisfeito/ Insatisfeito	Categórica Nominal
Utilização de medicamentos		
Medicamentos utilizados	Números dos medicamentos	Categórica Ordinal
Acesso/Utilização de serviços de saúde		
Necessidade e recebimento de atendimento em Pronto Socorro	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento em Pronto-Atendimento	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento em ambulatório do hospital	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento em ambulatório da faculdade	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento em centro de especialidades	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento em consultório particular	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento por convênio ou Plano de Saúde	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento em Unidade Básica de Saúde	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica
Necessidade e recebimento de atendimento em CAPS	Sim/Não autorreferido	Categórica Dicotômica

Quadro 3 - Variáveis independentes

* Será considerada incapacidade se for referido que não consegue executar sem ajuda, no mínimo uma das atividades investigadas.

6.11 Processamento de dados

A coleta de dados será realizada com *tablets*, os quais armazenarão as informações. As informações serão armazenadas em formato de planilhas eletrônicas e, posteriormente, transformadas em arquivo “sav” através do programa Stat/Transfer para análise no software STATA.

6.12 Análise de dados

Nos estudos de coorte, a ocorrência das doenças é medida através da incidência. Existem duas formas de calcular incidência:

Incidência cumulativa (proporção) – medida de risco (probabilidade) de ocorrência da doença num período de tempo determinado, igual para todos os indivíduos em estudo. Pressupõe uma coorte fechada, ou seja, não há entrada de novos indivíduos na coorte, após sua definição. Nesse caso, as pessoas que tiveram depressão no início do estudo são excluídas (BONITA, 2010). Obtemos a incidência cumulativa dividindo o número de casos no decorrer do período pelo número de pessoas expostas no início do período e multiplicando por 10 (BONITA, 2010).

Densidade de incidência (taxa) – medida de velocidade (tempo). Quantos casos novos da doença ocorrem a cada período de tempo determinado. Nesse caso, para cada “ano de observação, e até que a pessoa desenvolva a doença e seja perdida do acompanhamento, cada pessoa da população em estudo contribui com uma pessoa-ano no denominador” (BONITA, 2010). Obtemos a densidade de incidência dividindo número de pessoas que adoeceram no período pela pessoa-tempo em risco e multiplicamos por 10 (BONITA, 2010).

Considerando que a coorte de idosos de Bagé é fechada, nesse estudo vamos utilizar fundamentalmente a incidência cumulativa, embora também seja possível estimar a incidência média anual, ou densidade de incidência.

Serão realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra, e posteriormente análises bivariadas e ajustadas (conforme modelo de análise) para analisar a relação do desfecho com as variáveis independentes: características demográficas, socioeconômicas, familiares, rede social e de apoio, comportamentais, situação de saúde, incapacidades, satisfação com a vida, utilização de medicamentos e acesso e utilização de serviços de saúde. Os testes de associação bivariada entre

as variáveis serão verificados por meio do qui-quadrado (χ^2) de *Person* e, no caso de comparação entre uma variável dicotômica com outra ordinal, o teste de tendência linear também será utilizado. Para todos os testes de hipóteses será adotado um nível de significância de 5%, com testes bi-caudais. Quando aplicável, os intervalos de confiança de 95% serão descritos.

Nas análises ajustadas, serão calculadas as razões de incidência ajustadas, intervalos de confiança e valores p do cruzamento entre o desfecho e as variáveis independentes. Na análise multivariável será realizada a Regressão de Poisson com base no modelo teórico. Será utilizado o passo a passo para trás dentro de cada nível hierárquico e as variáveis que apresentarem valor $p \leq 0,20$ serão mantidas no modelo para controle dos possíveis fatores de confusão.

6.13 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 678.664/2014. Os princípios éticos serão assegurados através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B) apresentado aos idosos, da garantia do direito de não participação no estudo e do sigilo sobre os dados individuais coletados. Por envolver somente a aplicação do questionário, considera-se esse estudo como sendo de risco mínimo para os participantes. O parecer do comitê de ética encontra-se no Anexo C.

6.14 Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados serão:

- 1) Tese de conclusão de curso do Doutorado em Enfermagem;
- 2) Artigos para publicação em periódicos científicos de circulação nacional

e internacional. Estão previsto os seguintes artigos:

- Incidência de depressão e fatores associados na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

- Acesso e utilização de serviços de saúde mental na rede básica de saúde do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

- Persistência e remissão da depressão na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

- Incidência de depressão nos idosos - Revisão de literatura

3) Divulgação em simpósios e seminários da área e na imprensa local.

6.16 Orçamento

Despesas				
Descrição	Detalhamento	Quantidade	Valor	
			Unitário	Total
Combustível	Trabalho de campo - Deslocamento entre a sede da instituição executora do projeto e o município de coleta de dados (Trajeto Pelotas - Bagé)	530 litros	4,20	2.226,00
Serviços	Pagamento de entrevistadores para coleta de dados	15 entrevistadores	900,00	13.500,00
Serviços	Serviços Pagamento para supervisor	1 supervisor	1.000,00	1,000,00
Impressões	Manuais e TCLE	1.700,00	0,20	340,00
Total				17.066,00

Os pesquisadores e autores do projeto arcarão com as despesas da pesquisa.

Referências

- ALEXOPOULOS, G. S. Depression in the elderly. *Lancet*, 2005, v. 365, p. 1961–70.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatria*, 1999, v. 2B, n. 57, p. 421-426.
- ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; AQUINO, E.; JAMES, S. A.; KAWACHI, I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*, 2004, v. 59, p. 1339–1353.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública*, 2010, v. 2, n. 28, p. 127-131.
- ANDRADE, F. B.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D.; SILVA, A. O.; COSTA, I. C. C.; LIMA, E. A. R.; MENDES, C. K. T. T. Promoção da Saúde Mental do Idoso na Atenção Básica: as contribuições da terapia comunitária. Florianópolis: *Texto Contexto Enferm*, 2010, n. 19, v. 1, p. 129-36.
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV). Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1994.
- AZIZ, R.; STEFFENS, D. C. What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatry Clinica*, 2013, n. 36, p. 497–516.
- BAGÉ. **Prefeitura Municipal de Bagé**. Disponível em: <http://www.bage.rs.gov.br>
- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Depressão entre idosos: medidas prospectivas. *Rev Saúde Pública*, 2010, v. 6, n. 44, p. 1137-43.
- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*, 2007, v. 4, n. 41, p.598-605.
- BEEKMAN, A. T.; COPELAND, J. R.; PRINCE, M. J. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 1999, n. 174, p.307-311.
- BOJORQUEZ-CHAPELA, I. B.; MANRIQUE-ESPINOZAB, B. S.; MEJÍA-ARANGO, S.; SOLÍS, M. M. T. R.; SALÍNAS-RODRIGUEZ, A. Effect of social capital and

personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: Evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging & Mental Health*, 2012, v. 16, n. 4, p. 462–471.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. *Epidemiologia Básica*. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários** – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003 – (2003).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **HumanizaSUS**. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. (*Caderno HumanizaSUS*; V. 5)

BRETANHA, A. S. F. B. **Prevalência de depressão em idosos e fatores associados**. 2013. 110f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2013.

BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente? : vida, doença e trabalho no Brasil**. In: FACCHINI, L. A. *Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise*. São Paulo: vozes, 1993.

CAETANO, S. K.; BOCK, C. G. **No embalo da rede: O Impacto produzido pelo cuidado na vida dos idosos de Bagé, que frequentam o Centro do Idoso**. 2011. Dissertação (Mestrado). Faculdade EST, 2011.

CÂMARA, C.; SAZ, P.; LOPEZ, A. R.; VENTURA, T.; DIA, J. L.; LOBO, A. Depression in the Elderly community: II, Outcome in a 4.5 years follow-up. *European Journal of Psychiatry*, 2008, n. 22, p. 141–150.

CHAGAS, M. H. N. **Características clínicas e validação de instrumentos para identificação de depressão maior na doença de Parkinson**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Neurologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

COOPELAND, J.R.; DEWEY, M. E.; GRIFFITHS-JONES, H. M. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychol Med*, 1986, n. 1, v. 16, p. 89-99.

COLE, M. G.; YAFFE, M. J. Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, n.11, p.157-161.

DATASUS. 2006. **Indicadores e Dados Básicos** - Brasil – 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>. Acesso em: 22/03/2016.

DRAGO, M. & MARTINS, ROSA. A depressão no idoso. *Millenium*, 43, junho/dez. 2012, p. 79-94.

FORSELL, Y.; WINBLAD, B. Incidence of Major Depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1999, n. 14, p. 368–372.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 2010, v. 20, n. 1, p. 16-21.

GILTAY, E. J.; ZITMAN, F. G.; KROMHOUT, D. Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 2006, v. 91, p. 45–52.

GARCIA, M. A. A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, R. S. O envelhecimento e a saúde. *Revista Ciências Médicas*, Campinas, 2002, n.3, v. 11, p. 221-331.

GRINBERG, L. P. Depressão em idosos – Desafios no diagnóstico e tratamento. *Grupo Editorial Moreira J.*, 2006, p. 317-330.

GUREJE, O.; OLADEJI, B.; ABIONA, T. Incidence and risk factors for late-life depression in the Ibadan Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 2011, v. 41, p. 1897–1906.

HARRIS, T.; COOK, D. G.; VICTOR, C.; De WILDE, S.; BEIGHTON, C. Onset and persistence of depression in older people – results from a 2-year community follow-up study. *Age and ageing*, 2006, n. 35, p. 25–32.

HEMELS, M. E.; KOREN, G.; EINARSON, T. R. Increased use of antidepressants in Canada, 1981-2000. *Ann Pharmacother*, 2002, v. 9, n. 36, p. 1375 a 1379.

HENDERSON, A. S.; KORTEN, A. E.; JACOMB, P. A.; MACKINNON, A. J.; JORM, A. F.; CHRISTENSEN, H.; RODGERS, B. The course of depression in the elderly: a longitudinal community-based study in Australia. *Psychological Medicine*, 1997, n. 27, p. 119–129.

IBGE. **Censo Demográfico 2017**: Sinopse. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/bage/panorama>. Último acesso em: 20 de março de 2016.

JONGE, P.; ROY, J. F.; SAZ, P.; MARCOS, G.; LOBO, A. Prevalent and incident depression in community-dwelling elderly persons with diabetes mellitus: results from the ZARADEMP Project. *Diabetologia*, 2006, v. 49, p. 2627-2633.

KIM, J. M.; STEWART, R.; KIM, S. W.; YANG, S. J.; SHIN, I. S.; YOON, S. J. Vascular risk factors and incident late-life depression in a Korean population. *British Journal of Psychiatry*, 2006, v. 189, p. 26-30.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. Hucitec, 1989.

LEITE, V. M. M.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M.; FALCÃO, I. V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, 2006, v.6, n. 6, p. 31-38.

LUE, B. H., CHEN, L. J., WU, S. C. Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010, n. 50, p. 34–38.

LUIJENDIJK, H. J.; BERG, VAN, D. B.; DEKKER, M. J.; VAN TUIJIL, H. R.; OTTE, W.; SMIT, F.; HOFMAN, A.; STRICKER, B. H.; TIEMEIER, H. Incidence and recurrence of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*, 2008, n. 65, n.12, p. 1394 - 401.

LUPPA, M.; LUCK, T.; KÖNIG, H. H.; ANGERMEYER, M. C.; RIEDEL-HELLER, S. G. Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 2012, n.142, p. 166-171.

MARTINS, R. M. **A depressão no idoso**. Instituto Politécnico de Viseu, n. 34, 2008.

MÁXIMO, G. C. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil. 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KHON, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDES-CHILOFF, C. L. **Estudo SABE: sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo**. 2011. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

MORENO, L. M. E.; CLEMENTE, L. E.; PINERO, A. M. J.; MARTINEZ, M. M. R.; ALONSO, G. F.; RODRÍGUEZ, A. F. J. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria*, 2000, v. 8, n.26, p.554-558.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 200p.

OLFSON, M.; MARCUS, S. C.; DRUSS, B.; ELINSON, L.; TANIELIAN, T.; PINCUS, H. A. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002, v. 2, n. 287, p. 203- 209.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. Universidade de São Paulo. São Paulo; 1997. 1191p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL (OMSM). **Depression: A Global Crisis**. 20th Anniversary of World Mental Health Day, Outubro, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). **Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates**. 2017.

PÁLSSON, S. P.; ÖSTLING, S.; SKOOG, I. The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. **Psychological Medicine**, 2001, n. 31, p. 1159-1168.

PARADELA, E. M. P. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ: Ano 10, Jan/Mar de 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAGÉ. 2016. Disponível em: <<http://www.bage.rs.gov.br>>. Acesso em: 22/03/2016.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Appl Psychol Measurement**, 1977, v. 1, p. 385-401.

RODRIGUES, M. A.; FACCHINI, L. A.; SILVA, M. S. Modificações no consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev de Saúde Pública**, 2006, v. 1, n. 40, p. 107-114.

RODRIGUES, M. A. **Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde**. 2009. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2003, n. 6, v.30, p. 221-228.

SAMUELSSON, G.; MCCAMISH-SVENSSON, C.; HAGBERG, B; SUNDSTRÖM, G.; DEHLIN, O. Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: Results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. **Aging & Mental Health**, 2005; v. 6, n. 9, p.571–575.

SCHMALL, V. L. **Depression in later life: recognition and treatment**, Oregon State University, 2004.

SOUZA, R.A. COSTA, G. D.; YAMASHITA, C. H.; AMENDOLA, F; GASPAR, J. C.; ALVARENGA, M. R. M.; *et al*. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev Esc Enferm USP**, 2014; n.3, v. 48; p.469-76.

SHEIK, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a short version. *Clin Gerontol*, 1986, v. 1, n. 5, p.165-73.

STEK, M. L., VINKERS, D. J., GUSSEKLOO, J., VAN DER MAST, R.C., BEEKMAN, A. T., WESTENDORP, R. G. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 2006, n. 188, p.65–69.

THUMÉ, E. **Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica**. 2010. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

WEYERER, S.; EIFFLAENDER-GORFER, S.; WIESE, B.; LUPPA, M.; PENTZEK, M.; BICKEL, H.; BACHMANN, C.; SCHERER, M.; MAIER, W.; RIEDEL-HELLER, S. G. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age and Ageing*, 2013, v. 42, p. 173–180.

WILSON, K.; MOTTRAM, P.; SIXSMITH, A. Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, v. 22, p. 361–366.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T. L.; ROSE, T., LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, 1983, v. 1, n. 17, p. 37-49.

ZARIT, S. H.; FEMIA, E. E.; GATZ, M; JOHANSSON, B. Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old: the OCTO study. *Aging & Mental Health*, 1999, v. 2, n. 3, p. 119-128.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Quadro 4 - Revisão bibliográfica sobre incidência de depressão

Autor/ Ano	Local	Amostra	Idade	Tempo	Núm. Acomp.	Instrumento	Incidência	Fatores Associados	D&B
Estudos indicando a incidência cumulativa de depressão em idosos									
Forsell e Winblad, 1999	Suécia	875	≥70 anos	3 anos	3	DSM-IV	1,4%	Rede social comprometida Comprometimento cognitivo	15
Zarit et al, 1999	Suécia	254	84, 86, 88 e 90 anos	6 anos	3	CES-D	9 e 16%	Problemas cognitivos Autopercepção de saúde ruim Domínio da própria vida	17
Samuelsson <i>et al</i> , 2005	Suécia	192	≥67 anos	34 anos	9	CID-10	8%	-	14
Giltay <i>et al</i> , 2006	Holanda	464	64 a 84 anos	15 anos	3	ZUNG SDS	44% (leve) 15% (severa)	Pessimismo	16
Jonge <i>et al</i> , 2006	Espanha	3.237	≥55 anos	8 anos	3	GMS-AGECAT	12,9%	Doenças crônicas	17
Koster <i>et al</i> , 2006	Holanda	2593	55 a 85 anos	9 anos	3	CES-D	18,2% (baixa educação) 18,9% (baixa renda)	Renda e privações sociais Pouca atividade física Pequena rede social Limitações da vida diária	16
Harris, T. <i>et al</i> , 2006	Inglaterra	1164	≥65 anos	2 anos	2	GDS-15	8,4%	Autopercepção de saúde ruim Dor Rede social comprometida Solidão Incapacidade funcional	17
Kim <i>et al</i> , 2006	Coréia	521	≥65 anos	2 anos	2	GMS-AGECAT	12%	Doenças cardíacas pré-existente Acidente vascular cerebral Baixa densidade lipoproteica.	17
Wilson <i>et al</i> , 2007	Reino Unido	366	80 e 90 anos	1 ano	2	GDS-15	12,4%	-	18
Bastisoni <i>et al</i> , 2010	Brasil	310	≥60 anos	3 anos	2	CES-D	15,2%	Sexo feminino Baixa escolaridade	15
Lue <i>et al</i> , 2010	China	1487	≥65 anos	5 anos	4	CES-D	19,7%	-	17
Bojorquez-Chapela <i>et al</i> , 2012	México	2661	65 a 74 anos	11 meses	2	GDS-15	24,2%	Sexo feminino Baixa escolaridade Renda e privações sociais Incapacidade funcional Viuvez	17
Michikawa <i>et al</i> , 2013	Japão	535	≥65 anos	2,5 anos	2	GDS	20,5% (c/ zumbido no ouvido);	Zumbido no ouvido (homens)	16

							9,5% (s/ zumbido no ouvido)		
Estudos indicando a densidade de incidência de depressão em idosos									
Pálsson <i>et al</i> , 2001	Suécia	392	70, 75,79, 81, 83 e 85 anos.	15 anos	6	DSM-II-R	23/1000	Mais velhos	17
Stek <i>et al</i> , 2006	Holanda	599	85 a 89 anos	4 anos	4	GDS-15	68/1000	Institucionalização Incapacidade funcional	17
Cámara <i>et al</i> , 2008	Espanha	663	≥78 anos	4,5 anos	2	GMS-AGECAT	14,4/1000	Sexo feminino	14
Almeida <i>et al</i> , 2009	Austrália	12.066	65 a 84 anos	3 anos	2	CID-10	5/1000	IMC >30 – homens	17
Becker <i>et al</i> , 2010	Reino Unido	7274	≥40 anos	17 anos (caso-controle)		Diagnóstico clínico	Diagnóstico de Parkinson 60-69 = 1796.7/1000 70-70 = 3664.4/1000 >80 = 2983.3/1000 S/ Diagnóstico de Parkinson 60-69 = 8,41/1000 70-70 = 9,25/1000 >80 = 15,70/1000	Parkinson	17
Gureje <i>et al</i> , 2011	Nigéria	1408	≥65 anos	5 anos	2	DSM-IV	104,3/1000	Sexo feminino Rede social comprometida Residentes em área rural	18
Luppa <i>et al</i> , 2012	Alemanha	603	≥75 anos	8 anos	6	CES-D	34/1000	Sexo feminino Autopercepção de saúde ruim Incapacidade funcional Infarto agudo do miocárdio Consumo de álcool	18
Huang <i>et al</i> , 2012	Taiwan	200.432	≥45 anos	5 anos (caso-controle)		CID-9	11,83/1000 (> 65 anos)	Diabetes	15
Tsai <i>et al</i> , 2013	Taiwan	76.020	≥50 anos	5 anos (caso-controle)		CID-9	14/1000 (> 70 anos)	Bronquite crônico	15
Weyerer <i>et al</i> , 2013	Alemanha	292	≥75 anos	3 anos	2	GDS-15	42,7/1000	Mais velhos Incapacidade funcional Comprometimento cognitivo Consumo arriscado de tabaco	18

APÊNDICE B: Consentimento Pós Informação

**Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Enfermagem**

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa para avaliar a minha situação de saúde atual e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Bagé, ____ de _____ de 2016.

Assinatura: _____

Atenciosamente,

Elaine Thumé
Coordenadora da Pesquisa

Av. Duque de Caxias, 250 - 2o piso - CEP 96100-000- Pelotas/RS

Fone/Fax: (053) 3309-2400

APÊNDICE C: Consentimento Livre e Esclarecido

**Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Enfermagem**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bagé, maio de 2016.

Prezado Sr(a),

Nós, da Universidade Federal de Pelotas, estamos realizando uma pesquisa para conhecer a sua situação de saúde atual. Todas as informações serão coletadas através de um questionário eletrônico e terá caráter sigiloso e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou remédio. Sua participação é muito importante para podermos conhecer as mudanças que ocorreram no período entre sua participação em 2008 até o presente momento.

Ao agradecer sua participação no ano de 2008, gostaríamos de convidar novamente o(a) Sr.(a) para participar.

Caso concorde, solicitamos a gentileza de assinar o Termo de autorização.

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone (53) 9981-0702 com a responsável pela pesquisa.

Atenciosamente,

Elaine Thumé

Coordenadora da Pesquisa

APÊNDICE D: Carta de Apresentação

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Projeto de Pesquisa
Assistência domiciliar a idosos:
determinantes da necessidade e do desempenho dos serviços de atenção
básica à saúde.

Bagé, maio de 2016.

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população idosa. O(A) Sr.(a) é uma das pessoas de Bagé que farão parte desta importante pesquisa. Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre a sua situação de saúde, bem como sobre os serviços de saúde, com especial interesse na Atenção Básica à Saúde.

O(a) Sr.(a) está recebendo a visita de um dos Entrevistador do estudo, que irá lhe explicar detalhes sobre o projeto e respondendo a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer. Todos(as) nossos(as) entrevistadores(as) foram capacitados(as) para esta função e usam um crachá de identificação. Contamos com a sua colaboração no sentido de responder todas as perguntas, que são essenciais para o estudo. Nós temos a preocupação em realizar a pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr.(a). Portanto caso não possa responder às perguntas no momento que o entrevistador(a) lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevista.

Os dados coletados nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores. Em hipótese alguma o nome do(a) Sr.(a) ou qualquer outra pessoa que responder ao questionário será divulgado. Caso se sinta desconfortável com

qualquer uma das perguntas ou com a entrevista, não é obrigado(a) a realizá-la. É muito importante que o(a) Sr.(a) participe, pois o Sr.(a) não poderá ser substituído(a) por outra pessoa.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração,

Atenciosamente,

Elaine Thumé
Coordenadora da Pesquisa

Av. Duque de Caxias, 250 - 2o piso - CEP 96100-000- Pelotas/RS

Fone/Fax: (053) 3309-2400

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Coorte de idosos de Bagé-RS: situação de saúde e relação com a Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Elaine Thumé

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31497314.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 678.664

Data da Relatoria: 29/05/2014

Apresentação do Projeto:

A saúde do idoso é tema central nas políticas de saúde nas últimas décadas, na literatura científica nacional e internacional (Veras, 2012) devido ao crescente aumento, absoluto e relativo, da população idosa (Veras et al., 1987; IBGE, 2006), ao aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (Schmidt et al., 2011) e aos desafios para a prevenção, promoção e manejo adequado dos problema de saúde entre idosos (Kalache et al., 2002; Veras, 2012; Veras, 2012). No Brasil, a conquista dos direitos à saúde dos idosos (LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994) coincide com a formalização da proposta de implantação do Estratégia Saúde da Família (ESF) de modo a atender os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na organização da atenção à saúde a partir da reestruturação da atenção básica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estabelecer uma coorte com idosos participantes de um estudo de base populacional realizado em 2008, no município de Bagé-RS.

Objetivo Secundário:

Identificar a incidência de doenças crônicas não-transmissíveis, agravos e síndromes geriátricas.

Mensurar as desigualdades e iniquidades socioeconômicas na incidência de doenças, agravos e

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301		CEP: 96.020-360
Bairro: Centro	Município: PELOTAS	
UF: RS	Telefone: (53)3284-4960	Fax: (53)3221-3554
	E-mail: cep.famed@gmail.com	

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 678.664

síndromes geriátricas, e na utilização de serviços de saúde.

Investigar a utilização de serviços de atenção básica à saúde, consultórios privados, ambulatoriais, atenção domiciliar, urgência e emergência, e hospitalização.

Analisar o efeito da Estratégia Saúde da Família na utilização de serviços de saúde, continuidade do cuidado e prevenção de agravos. • Verificar mudanças nos padrões das relações sociais.

Verificar a taxa de mortalidade e as principais causas de óbito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores não há riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui grande relevância científica e para o futuro delineamento de políticas públicas locais e regionais. Estudo de coorte a partir de estudo transversal de base populacional. Em 2008, foi realizado um estudo transversal que obteve amostra representativa da população idosa (60 anos ou mais) de Bagé-RS. Foram entrevistados 1.593 idosos, sendo 822 em áreas de cobertura da ESF e 741 em áreas de cobertura das UBS Tradicionais. Os idosos serão previamente contatados por telefone ou através de visita domiciliar. Nesse contato, serão convidados a participar do estudo. Espera-se encontrar, aproximadamente, 1.200 idosos considerando uma taxa de mortalidade anual de 48 por 1.000 idosos (Lima-Costa et al., 2011) entre 2009 e 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 678.664

PELOTAS, 08 de Junho de 2014

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

ANEXO B – Instrumento de Coleta

	Universidade Federal de Pelotas Departamento de Enfermagem Departamento de Medicina Social QUESTIONÁRIO – IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE	NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
1. Cor da pele ou raça do entrevistado: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena		CORPEL __
2. Sexo do entrevistado: (0) Masculino (1) Feminino		SEXO __
3. Qual é a sua idade? ____ (anos completos)		IDADE ____
4. Qual é sua data de nascimento? __/__/____		DN ____
PERGUNTAR AO ENTREVISTADO		
5. Qual a cor da sua pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9)IGN		CORAUT __
6. O(a) Sr.(a) frequentou a escola? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 12 (1) Sim (9)IGN		FREQESC __
7. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Série: _____ GRAU: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: ____ anos (88)NSA (9)IGN		SERESTA __
8. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina (9)IGN		LERESC __
9. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (1) Sim (9)IGN		TRABULTM __
10. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 16 (1) Sim (9)IGN		APOS __
11. Com qual idade o(a) Sr.(a) se aposentou? ____ anos (88)NSA (99)IGN		IDAPOS __
12. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) – PULE PARA QUESTÃO 18 (3) Separado(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18 (4) Viúvo(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18		SITCONJ __
13. Qual a idade de seu (sua) esposo(a)/ companheiro(a)? ____ (anos completos) (888)NSA (999)IGN		IDESPA ____
14. Antes de 2009, o(a) Sr.(a) morava nesta mesma casa? (0) Não (1) Sim		
15. Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) se mudou? (0) Estar perto de ou com o(a) filho(a) (1) Estar perto de ou com familiares ou amigos (2) Estar perto dos serviços de saúde (3) Para se sentir mais seguro (medo da violência) (4) Falecimento do(a) esposo(a)/companheiro(a) (5) Por separação conjugal (do(a) entrevistado(a)) (6) Por união conjugal (do(a) entrevistado(a)) (7) Diminuir despesas (8) Pelas condições da moradia (9) Questões imobiliárias (10) Outro. Especifique: _____		
(88) NSA (99) IGN		

16. O(A) Sr.(a) mora sozinho(a)? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 24	MORSOZ__
17. Além do Sr.(a), quantas pessoas moram nesta casa? __ pessoas (88)NSA	QTSMOR__
18. Qual a relação de parentesco destas pessoas com o Sr.(a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8)NSA Pai (0) Não (1) Sim (8)NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8)NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8)NSA Sogro / Sogra (0) Não (1) Sim (8)NSA Filho(s) / filha(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Irmão(s) /irmã(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8)NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Outros: _____	ESPMO__ PAIMO__ MAEMO__ NETOMO__ SOGMO__ FILHOMO__ IRMOR__ OUTMO__ EMPMO__ OUMO__
19. O(A) Sr.(a) costuma ficar sozinho durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, longos períodos de tempo – ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho (9)IGN	FICARSOZ__
20. O(A) Sr.(a) usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia? Óculos ou lente de contato? (0)Não (1)Sim Aparelho para ouvir (0)Não (1)Sim Bengala (0)Não (1)Sim Andador (0)Não (1)Sim Cadeira de rodas (0)Não (1)Sim Dentadura na parte inferior (0)Não (1)Sim Prótese de fêmur (0)Não (1)Sim Outro(s): _____	USABENG__ USAAND__ USACADR__ USADENTINF__ USAPROTFEM__ USAOUT__
21. Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde? <i>MOSTRAR AS CARINHAS!</i> (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9)IGN	ISAUD__
22. Em comparação com <OS ÚLTIMOS 5 ANOS>, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é: (1) Melhor (2) Mesma coisa (3) Pior (9)IGN	ISAUDH__
23. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (9)IGN	ISAUOUT__
24. O(A) Sr.(a) considera sua visão? (com ou sem óculos ou lente) <i>MOSTRAR CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9)IGN	
25. A sua visão atrapalha o(a) Sr.(a) para fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa ou quer fazer? (0) Não (1) Sim (9)IGN	
26. Como o(a) Sr.(a) considera a sua audição? (ouve bem? escuta bem?) (com ou sem a ajuda de aparelhos) <i>MOSTRAR CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9)IGN	
27. O(A) Sr.(a) usa aparelho para ouvir? (0) Não (1) Sim, há quanto tempo? ____ (meses) (9)IGN	
28. A sua audição atrapalha o(a) Sr.(a) para as atividades que o(a) Sr.(a) precisa ou quer fazer? (0) Não (1) Sim (9)IGN	
29. Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca? <i>MOSTRAR CARINHAS!</i> (1)ótima (2)boa (3)regular (4)ruim (5)péssima (9)IGN	
BLOCO B – DOENÇAS/MORBIDADES	

ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM:

30. HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA), MESMO QUE CONTROLADA?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

31. DIABETES (AÇUCAR NO SANGUE)?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

32. PROBLEMA DO CORAÇÃO? (TROCAR POR ANGINA?)

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

33. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, “CORAÇÃO FRACO” OU “CORAÇÃO GRANDE”?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

34. ASMA?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

35. BRONQUITE?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

36. ENFISEMA?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

37. ISQUEMIAS, DERRAMES CEREBRAIS?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

38. ARTRITE, REUMATISMO OU ARTROSE?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

39. DOENÇA DE PARKINSON?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

40. PERDA DA FUNÇÃO DOS RINS?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

41. COLESTEROL ALTO OU GORDURA NO SANGUE?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

42. ATAQUE EPILÉTICO OU CONVULSÕES?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

43. ÚLCERA NO ESTÔMAGO OU NO INTESTINO?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

44. (somente para homens) DOENÇA DA PRÓSTATA?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

45. PROBLEMAS NA TIREÓIDE (HIPOTIREOIDISMO OU HIPERTIREOIDISMO)?

(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (9) IGN

46. OSTEOPOROSE OU OSSOS FRACOS?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

47. GLAUCOMA?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

Além destas doenças que já perguntei, o(a) Sr.(a) tem algum dos seguintes problemas de saúde?

48. DIFICULDADE DE SEGURAR A URINA?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

49. PRISÃO DE VENTRE?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

50. DIFICULDADE DE SEGURAR AS FEZES?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

51. SE SENTE TRISTE OU DEPRIMIDO, COM FREQUÊNCIA?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

52. PROBLEMA DE SURDEZ (DIFICULDADE DE OUVIR)?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

53. PROBLEMA OU DIFICULDADE PARA MASTIGAR OU ENGOLIR OS ALIMENTOS?

<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>54. PROBLEMA DE MEMÓRIA OU ESQUECIMENTO?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>55. INSÔNIA OU DIFICULDADE PARA DORMIR?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>56. DESMAIOS?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>VER POSSIBILIDADE DE INCLUIR QUESTÕES PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS (RESPIRATÓRIAS PRINCIPALMENTE) e ver doenças infecciosas</p> <p>57. Observar e anotar. Dificuldade para falar:</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>58. Alguma vez um médico disse que o(a) SR.(a) estava com câncer?</p> <p>(0) Não – PULE PARA QUESTÃO 52</p> <p>(1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88)NSA (99)IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99)IGN</p> <p>Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88)NSA (99)IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99)IGN</p>	
<p>SE SIM PARA HIPERTENSÃO (Pergunta 25):</p> <p>59. O(a) Sr.(a) costuma ir ao serviço de saúde para controle da HIPERTENSÃO?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Quando não me sinto bem</p> <p>(2) Sim, uma ou mais vezes por mês</p> <p>(3) Sim, a cada dois ou três meses</p> <p>(4) Sim, a cada 6 meses</p> <p>(5) Sim, uma vez por ano</p> <p>(8)NSA (9)IGN</p>	<p>HASREF ___</p> <p>HASTE MA ___</p> <p>HASTE MM ___</p>
<p>60. Qual o serviço de saúde que o Sr.(a) geralmente procura para controle da HIPERTENSÃO?</p> <p>(0) Unidade básica de saúde (Posto de saúde). SE SIM: Qual? _____</p> <p>(1) Pronto Socorro Municipal</p> <p>(2) Pronto-Atendimento</p> <p>(3) Ambulatório do hospital</p> <p>(4) Ambulatório da faculdade</p> <p>(5) Centro de especialidades</p> <p>(6) Sindicato ou empresa / Associação de bairro</p> <p>(7) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde</p> <p>(8) Consultório particular</p> <p>(9) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)</p> <p>(10) Outro. Qual? _____</p> <p>(99) IGN</p>	
<p>61. Na sua opinião, sua pressão geralmente está controlada, ou seja, nos níveis considerados normais?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN</p>	
<p>62. Alguma vez, o(a) Sr.(a) precisou ser hospitalizado, por PELO MENOS UMA NOITE por causa de sua hipertensão?</p> <p>(0) Não (1) Sim, uma vez (2) Sim, duas ou três vezes (3) Sim, quatro vezes ou mais</p> <p>(8)NSA (9)IGN</p>	
<p>SE SIM PARA DIABETES (Pergunta 26):</p> <p>63. O(a) Sr.(a) costuma ir ao serviço de saúde para controle da DIABETES?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Quando não me sinto bem</p> <p>(2) Sim, uma ou mais vezes por mês</p> <p>(3) Sim, a cada dois ou três meses</p> <p>(4) Sim, a cada 6 meses</p> <p>(5) Sim, uma vez por ano</p>	

(8)NSA (9)IGN	
<p>64. Qual o serviço de saúde que o Sr.(a) geralmente procura para controle da diabetes?</p> <p>(0) Unidade básica de saúde (Posto de saúde). SE SIM: Qual? _____</p> <p>(1) Pronto Socorro Municipal</p> <p>(2) Pronto-Atendimento</p> <p>(3) Ambulatório do hospital</p> <p>(4) Ambulatório da faculdade</p> <p>(5) Centro de especialidades</p> <p>(6) Sindicato ou empresa / Associação de bairro</p> <p>(7) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde</p> <p>(8) Consultório particular</p> <p>(9) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)</p> <p>(10) Outro. Qual? _____</p> <p>(99) IGN</p>	
<p>65. Como consequência do seu diabetes o(a) Sr.(a) tem (teve) algum problema/ complicação?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, nos rins</p> <p>(2) Sim, nos olhos</p> <p>(3) Sim, de circulação</p> <p>(4) Sim, nos pés</p> <p>(5) Sim, nos outros</p> <p>(9)IGN</p>	
<p>66. Na sua opinião, o seu açúcar no sangue está controlado, ou seja, nos níveis considerados normais?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN</p>	
<p>SE SIM PARA PERDA DA FUNÇÃO DOS RINS (questão 35):</p> <p>67. O(A) Sr.(a) está fazendo hemodiálise?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99)IGN</p>	<p>HEMOD ___</p> <p>HEMTEMA ___</p> <p>HEMTEMM ___</p>
<p>SE SIM PARA CANCER (QUESTÃO 53):</p> <p>68. Atualmente o(a) Sr.(a) está fazendo algum tratamento para câncer?</p> <p>(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 52</p> <p>(1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (8)NSA (9)IGN</p>	<p>TCAREF ___</p> <p>TCATEMA ___</p> <p>TCATEMM ___</p>
<p>69. SE SIM, qual tratamento?</p> <p>(1) Quimioterapia</p> <p>(2) Radioterapia</p> <p>(3) Outro _____ (8)NSA (9)IGN</p>	<p>TIPOTRATCA ___</p>
<p>PARA TODOS:</p> <p>70. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) teve que amputar alguma parte do seu corpo?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses</p> <p>Que parte do corpo? _____ (9)IGN</p>	<p>AMPREF ___</p> <p>AMPTEMA ___</p> <p>AMPTEMM ___</p> <p>AMPLUG ___</p>
<p>71. O(A) Sr.(a) tem problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente (não dá tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força)?</p> <p>(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (9)IGN</p>	<p>INCURIN ___</p>
<p>72. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> com que frequência isso aconteceu?</p> <p>(1) Todos os dias</p> <p>(2) Alguma vez na semana</p> <p>(3) Alguma vez no mês</p> <p>(8)NSA (9)IGN</p>	<p>FREINCURIN ___</p>
<p>73. Devido ao seu problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente o(a) Sr.(a) tem que usar fralda (forro, absorvente)?</p> <p>(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (8)NSA (9)IGN</p>	<p>PROPERUR ___</p>

74. SE SIM, o(a) Sr.(a) usa fralda (forro, absorvente): (1) Só para sair (2) Somente para dormir (3) Durante todo tempo (8)NSA (9)IGN		FRALDA __
75. O(A) Sr.(a) caiu alguma vez desde <1 ANO ATRÁS > até agora? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 67 (1) Sim (9)IGN		QUEULTA__
76. SE SIM - Quantas vezes? ___ vezes (88)NSA (99)IGN		QUEVZA__
77. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) quebrou ou fraturou algum osso? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 69 (1) Sim (9)IGN		FRAT__
78. SE SIM - Quantas vezes? ___ vezes (88)NSA (99)IGN		FRATVZA__
79. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> o(a) Sr.(a) precisou ficar na cama (esteve acamado)? (0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 93 (1) Sim (9)IGN		
80. Por quanto tempo ficou acamado? ___ (meses) ___ (dias) (88)NSA (99)IGN		
BLOCO C - VACINAÇÃO		
81. Neste ano (2014) o(a) Sr.(a) fez a vacina contra a gripe? (0) Não. Por que não? _____ (1) Sim. Onde? _____ (9)IGN		VACGRIFE__ VACNÃOPOQ__ VACONDE__
82. <NOS ÚLTIMOS 10 ANOS> o(a) Sr.(a) fez a vacina contra o tétano? (0) Não (1) Sim (9)IGN		VACTET__
BLOCO D - MEDICAMENTOS		
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE REMÉDIO (MEDICAMENTOS)		
83. Agora vamos falar sobre qualquer remédio que o (a) Sr (a) tenha usado <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>. Pode ser remédio para dor de cabeça, pressão alta ou outro remédio que use sempre ou só de vez em quando. <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>, o (a) Sr.(a) usou algum remédio? (0) (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 65 (1) Sim (9)IGN		TOREMED__
84. O (A) Sr(a) poderia trazer as caixas ou embalagens de todos os remédios que tomou <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>? (88)NSA		
MEDICAMENTO (NOME)	Quantas vezes por dia?	Para qual motivo está usando?
1. _____	__ mês __ dia	
2. _____	__ mês __ dia	
3. _____	__ mês __ dia	
4. _____	__ mês __ dia	
5. _____	__ mês __ dia	
6. _____	__ mês __ dia	
7. _____	__ mês __ dia	
		MEDIC1__ TEMPMEDM1__ TEMPMEDD1__ VEZDIAMED1__ VEZESQMED1__ MOTIVMED1__ FUNCIMED1__ MEDIC2__ TEMPMEDM2__ TEMPMEDD2__ VEZDIAMED2__ VEZESQMED2__ MOTIVMED2__ FUNCIMED2__ MEDIC3__ TEMPMEDM3__ TEMPMEDD3__ VEZDIAMED3__ VEZESQMED3__ MOTIVMED3__ FUNCIMED3__ MEDIC4__ TEMPMEDM4__ TEMPMEDD4__ VEZDIAMED4__ VEZESQMED4__ MOTIVMED4__ FUNCIMED4__ MEDIC5__ TEMPMEDM5__

8. _____ _____	-- mês -- dia			TEMPMEDD5__ VEZDIAMED5__ VEZESQMED5__ MOTIVMED5__ FUNCIMED5__																																												
9. _____ _____	-- mês -- dia			MEDIC6__ TEMPMEDM6__ TEMPMEDD6__																																												
10. _____ _____	-- mês -- dia			VEZDIAMED6__ VEZESQMED6__ MOTIVMED6__ FUNCIMED6__																																												
Número total de medicamentos: _____				NUTOMED__																																												
85. Como o(a) Sr.(a) consegue estes remédios na maioria das vezes? (1) No Posto de Saúde. Qual? _____ (2) Na Secretaria Municipal de Saúde (3) Na farmácia popular (3) Tem que comprar – APLIQUE QUESTÃO 63, SE NÃO PULE PARA 64 (4) Conseguiu parte da medicação e outra parte tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63 (5) Outro: _____ (8)NSA (9)IGN				REMAVZ__ REMAVZPS__																																												
86. Se teve que comprar, quanto gastou com medicação desde <ÚLTIMOS 30 DIAS>? R\$: _____, _____ (8888,88)NSA (9999,99)IGN				REMCOMP _____																																												
87. Teve algum remédio que o (a) Sr.(a) precisou tomar desde <ÚLTIMOS 30 DIAS> e não conseguiu? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN				RETONC__																																												
BLOCO E – USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE																																																
88. Desde 2009, quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, o Sr.(a) costuma procurar: <ler opções> (0) Unidade básica de saúde (Posto de saúde). SE SIM: Qual? _____ (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório do hospital. Qual? _____ (4) Ambulatório da faculdade (5) Centro de especialidades (6) Sindicato ou empresa / Associação de bairro (7) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde (8) Consultório particular (9) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (99) IGN (10) Outro. Qual? _____																																																
89. Desde <mês do ano passado>, o Sr.(a) procurou algum serviço de saúde e não conseguiu ser atendido? 0) Não (1) Sim (9) IGN																																																
90. SE SIM: Onde o Sr(a) não conseguiu ser atendido? <ler opções> <table border="0"> <tr> <td>(0) Unidade básica de saúde (Posto de saúde)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim. Qual?__</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(1) Pronto Socorro Municipal</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(2) Pronto-Atendimento</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(3) Ambulatório do hospital</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(4) Ambulatório da faculdade</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(5) Centro de especialidades</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(6) Sindicato ou empresa / Associação de bairro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(7) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(8) Consultório particular</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(9) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>(10) Outro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim. Qual?__</td> <td>(9) IGN</td> </tr> </table>					(0) Unidade básica de saúde (Posto de saúde)	(0) Não	(1) Sim. Qual?__	(9) IGN	(1) Pronto Socorro Municipal	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(2) Pronto-Atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(3) Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(4) Ambulatório da faculdade	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(5) Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(6) Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(7) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(8) Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(9) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	(10) Outro	(0) Não	(1) Sim. Qual?__	(9) IGN
(0) Unidade básica de saúde (Posto de saúde)	(0) Não	(1) Sim. Qual?__	(9) IGN																																													
(1) Pronto Socorro Municipal	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(2) Pronto-Atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(3) Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(4) Ambulatório da faculdade	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(5) Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(6) Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(7) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(8) Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(9) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																																													
(10) Outro	(0) Não	(1) Sim. Qual?__	(9) IGN																																													
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO MÉDICO (NÃO CONSIDERAR HOSPITALIZAÇÃO E USO DE PRONTO-SOCORRO)																																																
91. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o Sr(a) foi atendido por algum médico? (0) Não (1) Sim (9) IGN																																																
92. Por qual motivo foi atendido por médico desta última vez? _____																																																

93. O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento médico? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
94. SE SIM: Quanto? R\$ _____ (8888) NSA (9999) IGN	
95. O atendimento médico foi por algum convênio, particular ou SUS? (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (8) NSA (9) IGN	
96. Onde o Sr(a) foi atendido pelo médico nesta última vez? (0) Unidade básica de saúde (Posto de saúde). SE SIM: Qual? _____ (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório do hospital (4) Ambulatório da faculdade (5) Centro de especialidades (6) Sindicato ou empresa / Associação de bairro (7) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde (8) Consultório particular (9) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (10) Outro. Qual? _____ (99) IGN	
97. Quanto tempo demorou para conseguir o atendimento médico? ____ dias (000) Atendido no mesmo dia (888) NSA (999) IGN	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
98. Desde o ano de 2009, o(a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 71 (1) Sim (9)IGN	INT4ANO__
99. Desde 2009 até agora, o Sr.(a) conseguiu internar quando precisou? (0) Não, nunca (1) Não, as vezes (2) Sim, todas as vezes (9) IGN	
100. SE NÃO: Qual o principal motivo? _____	
101. SE SIM: Qual(is) hospital(is) o Sr.(a) internou desde o ano de 2009? Hospital 1: _____ Quantas vezes: ____ Hospital 2: _____ Quantas vezes: ____ Hospital 3: _____ Quantas vezes: ____ Hospital 4: _____ Quantas vezes: ____ Hospital 5: _____ Quantas vezes: ____ Hospital 6: _____ Quantas vezes: ____ Hospital 7: _____ Quantas vezes: ____ Hospital 8: _____ Quantas vezes: ____	
102. Qual o motivo da primeira internação desde o ano de 2009? _____	INTEULTA__
103. Qual o motivo da última internação desde 2009? _____	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO	
104. Desde o ano de 2009, o(a) Sr.(a) foi atendido em algum pronto-socorro? (0) Não (1) Sim. Quantas vezes: ____ (9) IGN	INT4ANO__
105. Por qual problema o Sr(a) foi atendido no pronto-socorro desta última vez? _____	
106. O Sr(a) foi encaminhado por algum serviço de saúde, foi por conta própria, ou foi levado? (2) Conta própria (3) Levado (8) NSA (9) IGN (1) Encaminhado	

107.	Por qual motivo foi atendido em pronto-socorro da última vez?	
108.	O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento em pronto-socorro? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
109.	SE SIM: Quanto? R\$ _____ (8888) NSA (9999) IGN	
110.	O último atendimento em pronto-socorro foi por algum convênio, particular ou SUS? (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (8) NSA (9) IGN	
111.	Na última vez, quanto tempo demorou desde que chegou no pronto-socorro até ser atendido? ____ hora(s) e ____ minutos	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTA COM DENTISTAS		
112.	Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) consultou com um dentista? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 90 (1) Sim (9)IGN	ODCONS__
113.	Há quanto tempo foi a última consulta com o dentista? (1) Há menos de 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos atrás (3) Há mais de 5 anos (4) Não lembra há quanto tempo (8)NSA (9)IGN	ODCAULT__
114.	Qual(is) o(s) principal(ais) motivo da última vez que o(a) Sr.(a) consultou com o dentista? (0) Rotina/manutenção (1) Estava com dor (2) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (3) Estava com cárie/restauração/obturação (4) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (5) Estava com o rosto inchado (6) Precisava fazer tratamento de canal (7) Precisava arrancar algum dente (8) Tinha que fazer uma dentadura nova (9) Outros _____ (88)NSA (99)IGN	ODMOTC1__ ODMOTC2__ ODMOTC3__
115.	Onde o(a) Sr.(a) consultou com o dentista? (0) No Posto de Saúde - Qual? _____ (1) Dentista particular (2) Ambulatório de sindicato ou empresa (3) Dentista conveniado (9) Outro _____ (88)NSA (99)IGN	ODLOC__ PSQUAL__
116.	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) recebeu a visita de algum Agente Comunitário de Saúde em sua casa? (0) Não→ (1) Sim (8)NSA (9)IGN	VISACS__
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA		
117.	Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu em casa algum dos seguintes atendimentos:	
Consulta médica?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECONMED__
Assistência social?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECASSISOC__
Fisioterapia?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECFIS__
Atendimento do dentista?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECATDENT__
Atendimento de enfermagem?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECATENF__
Verificação da pressão?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECATA__
Curativo?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECCUR__
Injeção?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECINJ__
Aplicação de vacina contra gripe?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECVAC__
Nebulização?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECNEB__
Sondagem vesical?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECSONVES__
Foi coletado material para exames (ex:sangue)?	(0)Não (1)Sim (9)IGN	RECOLEX__
Outro _____		RECOU__
SE SIM EM ALGUMA DAS PERGUNTAS ACIMA, APLICAR QUESTÕES 97, 98 e 99; SE NÃO PULAR PARA QUESTÃO 100		
118.	Por qual motivo precisou de atendimento de saúde em casa?	

Estava acamado	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADAC__
Estava com dificuldade de caminhar	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADDL__
Sua situação de saúde tinha piorado	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADSP__
Precisava de acompanhamento após a alta do hospital	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADSP__
Não tinha quem o(a) levasse até o posto de saúde	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADNA__
Outro: _____		MOTIVOU__
119. Quantas vezes recebeu atendimento de saúde em casa desde <3 MESES ATRÁS>? ___ __ Quantas destas foram <NO ÚLTIMO MÊS>? ___ __ Quantas destas foram <NA ÚLTIMA SEMANA>? ___ __ (88) NSA (99)IGN		PREAD3M__ PREADULM__ __ PREADULS__ __
120. O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento de algum: Profissional do posto de saúde (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Profissional particular (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Profissional do convênio (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN De algum familiar seu (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN De algum vizinho ou amigo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outro: _____		REPROPSAU__ REPROFPAR__ REPPROCON__ REFAMILIAR__ REVIZAMIGO__ REAOUT__
121. Foi solicitado o atendimento em casa desde <3 MESES ATRÁS>? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 102 (9) IGN		SOLAD__
122. Por qual motivo não solicitou o atendimento em casa? O serviço não faz atendimento em casa (0)Não (1)Sim 3)NSA (9)IGN Não tem profissional para atender em casa (0)Não (1)Sim 3)NSA (9)IGN O serviço não tem telefone ou não funciona (0)Não (1)Sim 3)NSA (9)IGN Não tinha como ir marcar a consulta ou solicitar o atendimento (0)Não (1)Sim 3)NSA (9)IGN Teve medo de solicitar e não ser atendido (0)Não (1)Sim 3)NSA (9)IGN Porque melhorou (0)Não (1)Sim 3)NSA (9)IGN Outro: _____		MONSADNF__ MONSADNTP__ MONSADNTT__ MONSADNTC__ MONSADTM__ MONSADMEL__ MONSADOUT__
123. SE SIM: Onde solicitou o atendimento em casa? (0) Posto de Saúde. Qual? _____ (1) Na Secretaria Municipal de Saúde (2) No SAMU (3) No convênio ou plano de saúde (4) Em ambulatório ou serviço particular (5) Outro: _____ (8)NSA (9)IGN		ONSOLAD__ PSQUAL__ __ SADOUT__
124. SE SIM: Quem fez a solicitação para atendimento em casa? O Sr.(a) mesmo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Algum familiar seu (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Algum vizinho ou amigo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN O Agente Comunitário de Saúde (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outro: _____		ADSOLS__ ADSOLF__ ADSOLVA__ ADSOLACS__ ADSOLOU__
125. SE SIM: Como fez para solicitar? Através do telefone (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Algum familiar ou vizinho foi até o serviço (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Pedi para o ACS (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outro: _____		FSOADSE__ FSOLSER__ FSOLACS__ FSOLOU__
126. O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento solicitado? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 108 (1) Sim (8)NSA (9) IGN		RECEBEU__
127. Quantos dias se passaram entre a solicitação e a vinda dos profissionais na sua casa? ___ __ (dias) (88)NSA (99)IGN		QTSOLAD__ __
128. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido em casa desta última vez? <i>MOstrar CARINHAS!</i> (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8)NSA (9)IGN		OPINTEAD__
129. SE NÃO: Por qual motivo não foi atendido? Não conseguiu ficha no serviço (0)Nãc (1)Sim (8)NSA (9)IGN O serviço não atende em casa (0)Nãc (1)Sim (8)NSA (9)IGN Não teve resposta do serviço (0)Nãc (1)Sim (8)NSA (9)IGN O serviço não tinha profissional para atender (0)Nãc (1)Sim (8)NSA (9)IGN O serviço estava fechado (0)Nãc (1)Sim (8)NSA (9)IGN Precisava pagar e não tinha dinheiro (0)Nãc (1)Sim (8)NSA (9)IGN		MONRADF__ MONRADNF__ MONRADNR__ MONRADNTP__ MONRADPF__ MONRADNPP__

O telefone estava sempre ocupado () Outro: _____	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADTO__ MONRADOU__
130. SE NÃO RECEBEU: O que aconteceu com sua situação de saúde? (1) Continua na mesma situação (2) Melhorou (3) Piorou () Outro: _____	(8)NSA (9)IGN	PRENROQAC__
PARA OS QUE NÃO RECEBERAM ATENDIMENTO DOMICILIAR ENCERRAR AQUI E CONTINUAR COM QUESTÃO 126		
131. Quantas vezes o(a) Sr.(a) foi atendido em casa nos últimos três meses por pessoal do ...		
Posto de Saúde do seu bairro: ____ Quantas vezes no último mês? ____ Quantas na última semana? ____	(88)NSA (99)IGN (88)NSA (99)IGN (88)NSA (99)IGN	ADQVPSB__ ADQVPSBUM__ ADQVPSBUS__
Posto de Saúde de outro bairro: Qual? _____ Quantas vezes no último mês? ____ Quantas vezes na última semana? ____	(88)NSA (99)IGN (88)NSA (99)IGN (88)NSA (99)IGN	ADQVPSOB__ ADQVPSOBUM__ ADQVPSOBUS__
SAMU: ____ vezes Quantas vezes no último mês? ____ semana? ____ (88)NSA (99)IGN	(88)NSA (99)IGN	ADQVSAMU__ ADQVSAMUUM__ ADQVSAMUUS__
Outro: _____ Quantas vezes no último mês? ____ Quantas vezes na última semana? ____	(88)NSA (99)IGN (88)NSA (99)IGN (88)NSA (99)IGN	ADQVOUT__ ADQVOUTUM__ ADQVOUTUS__
AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA		
132. Quais os profissionais que lhe atenderam em casa desta última vez?		
Enfermeiro	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVENF__
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVTENF__
Médico	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVMED__
Dentista	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVOD__
Fisioterapeuta	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVFIS__
Nutricionista	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVNUT__
Psicólogo	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVPSI__
Educador Físico	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVEDFI__
Fonoaudiólogo	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVFON__
Assistente Social	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVASS__
Estudante(s)	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVEST__
Outro: _____		ADUVOUT__
133. O que foi feito com o(a) Sr.(a) durante o atendimento em casa desta última vez?		
Consulta médica	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADCMED__
Fizeram fisioterapia	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADFISIO__
Consulta de enfermagem	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADCENF__
Curativo	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADCUR__
Nebulização	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADNEB__
Aplicaram injeção	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADMEDIN__
Mediram a pressão arterial	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADMPA__
Mediram a temperatura	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADMTEM__
Trocaram a "bolsa" de ostomia	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADTBOL__
Colocaram / trocaram sonda uretral	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADTSON__

Colocaram / trocaram sonda nasogástrica / naso-enteral	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADSNG__
Fizeram dosagem de açúcar no sangue	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADDAS__
Aplicaram vacina contra gripe	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADVACG__
Aplicaram vacina contra o tétano	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADVACT__
Limpeza dos dentes	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADLIMPD__
Obturação de dente	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADOBD__
Extração de dente (arrancar)	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADEXD__
Ajuste ou confecção de prótese, pivô, dentadura	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADPPD__
Outro _____					ADOUT__
134. O(A) Sr(a) permaneceu em acompanhamento após este atendimento? (0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 115 (1) Sim (8)NSA (9)IGN					PEACAD__
135. Se SIM, o seu acompanhamento, na maior parte das vezes foi:					
Diário	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READDI__
1 vez por semana	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READUVS__
2 ou mais vezes por semana	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READDVS__
1 vez a cada quinze dias	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READUQD__
1 vez por mês	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READUVM__
Outra: _____					READOUT__
136. Durante este atendimento foi?					
Encaminhado para o hospital	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ENCHOS__
Encaminhado para especialista	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ENCESP__
Solicitado exame	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	SOLEX__
Prescrito novo medicamento	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	PRESNM__
Orientado sobre cuidados de saúde	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	DISPMAT__
Deixado material ou equipamento	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	DEIXMAT__
Se SIM, aplicar a 116, se NÃO pular para 117					
137. Quais os materiais ou equipamentos que a equipe do Posto de Saúde deixou na sua casa para o seu atendimento? (0) gaze (1) seringa (2) medicamentos (3) algodão (4) esparadrapo (5) luvas (6) sonda vesical () Outros: _____ (8) NSA (9) IGN					MATEQD1__ MATEQD2__ MATEQD3__ MATEQD4__
138. O(A) Sr.(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo do seu atendimento em casa? (0) Não (1)Sim (8) NSA (9) IGN					RECEXPOT__
139. O(A) Sr.(a) gastou algum dinheiro no último atendimento que recebeu em casa? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 120 (1)Sim (8) NSA (9) IGN					GADICA__
140. Se SIM: Quanto gastou? R\$ _____, ____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN					GADIQT____, ____
141. O (A) Sr.(a) recebeu alguma receita de remédio neste último atendimento em casa? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1)Sim (8) NSA (9) IGN					RECRECUAC__
142. O (A) Sr.(a) conseguiu os remédios pelo SUS? (0) Não (1)Sim (8) NSA (9) IGN					CONSRMSUS__
143. SE NÃO: O(A) Sr(a) comprou algum remédio? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1)Sim (8) NSA (9) IGN					COMPREM__
144. SE COMPROU: Quanto gastou? R\$: _____, ____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN					QUANTOGAS____, ____

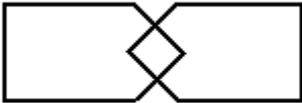
<p>145. Qual sua opinião sobre o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez?</p> <p style="text-align: center;">MOSTRAR CARINHAS!</p> <p>(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8)NSA (9)IGN</p>	OPIADUV__
<p>146. Após ter recebido o atendimento de saúde em casa, o (a) Sr.(a) considera que seu problema:</p> <p>(0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (8)NSA (9)IGN</p>	AADPROB__
BLOCO F – AVD E AIVD	
A SEGUIR VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA E GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR	
<p>147. Quando o(a) Sr.(a) vai tomar seu banho:</p> <p>(2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho) (1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo) (0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo</p>	IBANHO __
<p>148. Quando o(a) Sr.(a) vai se vestir:</p> <p>(2) Não recebe ajuda (1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos) (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)</p>	IVESTIR __
<p>149. Quando o(a) Sr.(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades:</p> <p>(2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar</p>	ITOALET __
<p>150. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr.(a):</p> <p>(2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda (0) Não sai da cama</p>	ICADEIR __
<p>151. Tem controle para fazer xixi ou cocô, o(a) Sr.(a):</p> <p>(2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar (1) Tem 'acidentes' ocasionais (0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda</p>	ICAMIN __
<p>152. Para se alimentar (para comer):</p> <p>(2) Alimenta-se sem ajuda (1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado por sonda</p>	IALIMEN __
<p>153. Para usar o telefone o(a) Sr.(a) ?</p> <p>(2) Não tem qualquer dificuldade (1) Pode fazer com dificuldade (0) Não consegue usar sozinho</p>	ITELEF __
<p>154. Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr.(a) :</p> <p>(2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue ir sozinho</p>	ISAIR __
<p>155. Para fazer suas compras, o(a) Sr.(a):</p> <p>(2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho</p>	ICOMPR __
<p>156. Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr.(a):</p> <p>(2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue preparar sozinho</p>	ICOMIDA __
<p>157. Para arrumar sua casa, o(a) Sr.(a):</p>	ILIMPEZ __

(2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue arrumar sozinho	
158. Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	IOBJPEQ __
159. Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue tomar sozinho	IREMED __
160. Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue cuidar sozinho	IDINHE __
161. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue andar sozinho	ICAQUA __
162. Para subir um lance de escada o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue subir sozinho	ILANCE __
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU QUE PRECISA AJUDA PARCIAL OU GRANDE AJUDA NAS QUESTÕES ACIMA, APLIQUE A QUESTÃO 142. SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO 145.	
163. De quem o(a) Sr.(a) recebe ajuda na maioria das tarefas que o(a) Sr.(a) precisa? (1) Companheiro(a); esposo(a) - SE NÃO TEM COMPANHEIRO, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (2) Filho – SE NÃO TEM FILHOS, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (3) Filha – SE NÃO TEM FILHOS, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (4) Vizinho(a) ou amigos (5) Acompanhante pago – APLIQUE QUESTÃO 143 (6) Acompanhante não pago – PULE PARA QUESTÃO 144 (7) Outro _____ (8)NSA (9)IGN	RECAJU __
164. Se paga, quanto o(a) Sr.(a) paga por mês (ao total)? R\$ _____, ____ (reais) (888888)NSA (999999)IGN	PAGME -----
165. Quanto tempo (em horas) o(a) Sr.(a) recebe de ajuda durante o dia? ____ (horas) ____ (min) (00) menos de 1 hora (88)NSA (99)IGN	TEAJHD __ __ TEAJMD __ __
BLOCO E – REDE DE APOIO	
RELACIONAMENTO SOCIAL E REDE DE APOIO	
166. Durante uma semana normal, nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) saiu de casa (fora do prédio)? (0) Não saiu nenhum dia (1) Saiu todos os dias (2) Saiu 1 vez por semana (3) Saiu entre 2 a 4 vezes na semana (9)IGN	SAIUCASA __
167. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar a sua família? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 148 (1) Sim (2) Não tem família – PULAR PARA 150, NÃO APLICAR 156 E 157 (9)IGN	VISFAM2S __
168. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes _____ (8)NSA (9)IGN	VISFAMFR __
169. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, a sua família lhe visitou? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 150 (1) Sim (8)NSA (9)IGN	FAMVIS2S __
170. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes	FAMVISFR __

(2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8)NSA (9)IGN	
171. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar seus amigos? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 152 (1) Sim (9)IGN		VISAMI2S __
172. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8)NSA (9)IGN	VISAMFR __
173. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, seus amigos lhe visitaram? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 154 (1) Sim (9)IGN		AMVIS2S __
174. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8)NSA (9)IGN	AMVISFR __
175. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, o(a) Sr.(a) teve contato por telefone ou por carta com seus parentes ou amigos? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 156 (1) Sim (9)IGN		TELAM2S __
176. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8)NSA (9)IGN	TELAMFR __
177. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece ao Sr.(a)? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Moradia (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Companhia / cuidado pessoal (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outro: _____		TIAJFAMOFD __ TIAJFAMOFM __ TIAJFAMOFD __ TIAJFAMOFO __
178. Que tipo de ajuda ou assistência o Sr(a) oferece para sua família? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Moradia (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Companhia / cuidado pessoal (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outro: _____		TIAJOFFAMD __ TIAJOFFAMM __ TIAJOFFAMC __ TIAJOFFAMO __
179. O(A) Sr.(a) tem algum animal de estimação em sua casa? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 162 (1) Sim (9)IGN		ANIESTI__
180. SE SIM, QUAL? Gato (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Cachorro (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Passarinho (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Cavalo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outro: _____		ANIESTI1 __ ANIESTI2 __ ANIESTI3 __ ANIESTI4 __ OUTANIESTI __
181. <NA SEMANA PASSADA> o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas? Vizinhos/ amigos (0)Não (1)Sim (9)IGN Irmão(ã) (0)Não (1)Sim (9)IGN Filho(a) – SE NÃO TIVER NÃO PERGUNTAR! (0)Não (1)Sim (9)IGN Outros familiares (sobrinhos, netos) (0)Não (1)Sim (9)IGN Outros: _____		RECVISVIZAM __ RECVISIR __ RECVISF __ RECVISOURFA __ RECVISOUT __
182. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) assistiu televisão? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 166 (1) Sim (9)IGN		ASSISTV__
183. Quando o(a) Sr.(a) assiste televisão, o que gosta de ver? Filme (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Novela (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Noticiário (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Jogos (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outro: _____		ASSISTV1__ ASSISTV2__ ASSISTV3__ ASSISTV4__ ASSISTVO__
184. Quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr.(a) costuma assistir televisão? __ __ horas __ __ min (88) NSA (99)IGN		HORTVDIA __ __ MINTVDIA __ __
185. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) fez alguma destas atividades? Foi a missa ou culto na igreja (0)Não (1)Sim (9)IGN Participou de festa na comunidade (0)Não (1)Sim (9)IGN Participou de festa da família (0)Não (1)Sim (9)IGN Participou de alguma oficina ou grupo (0)Não (1)Sim (9)IGN		MISSA __ FESCOM __ FESFA __ OFIMI __

Participou de algum baile	(0)Não (1)Sim (9)IGN	BAILE__
Viajou para outra cidade	(0)Não (1)Sim (9)IGN	VIAJ__
Viajou de excursão	(0)Não (1)Sim (9)IGN	EXC__
Foi a algum velório ou enterro	(0)Não (1)Sim (9)IGN	VELENT__
BLOCO G – HÁBITOS DE SAUDÁVEIS		
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA		
186. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. ____ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 169 (9) IGN		CAMDIA__
187. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia? ____ minutos p/dia (888)NSA (999)IGN		MINCA__ __
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA		
188. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades FORTES, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ... ____ dias/semana (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 171 (9)IGN		FORDIA__
189. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia? ____ minutos p/dia (888)NSA (999)IGN		MINFOR__ __
190. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. ____ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 173 (9)IGN		IMEDIA__
191. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia? ____ + ____ + ____ + ____ = ____ minutos p/dia (888)NSA (999)IGN		IMIND__ __
192. Em relação a <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está: (1) Menor (2) Igual - PULE PARA QUESTÃO 175 (3) Maior (9)IGN		MAFPAS__
193. Qual o principal motivo da mudança na sua prática de atividade física ou exercício físico? _____ _____ (88)NSA (99)IGN		MMOTIV__ __
194. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não- PULE PARA A QUESTÃO 182 (1) Sim (9)IGN		RECORAFANO__
195. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou - PULE PARA QUESTÃO 187 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ____ anos ____ meses (9)IGN		FUMO__ TPAFA__ __ TPAFM__ __
196. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)? ____ anos ____ meses (88)NSA (99)IGN		TFUMA__ __ TFUMM__ __
197. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ____ cigarros (88)NSA (99)IGN		CIGDI__ __
198. O(A) Sr.(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias?		BEAL30D__

(1) Sim	(2) Não – PULE PARA QUESTÃO 192	(9)IGN	CRBBALC__
BLOCO H – SENTIMENTOS			
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS			
199.	O(A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0)Não (1)Sim	ISATIS__
200.	O(A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0)Não (1)Sim	IINTER__
201.	O(A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0)Não (1)Sim	IVAZIA__
202.	O(A) Sr.(a) se aborrece com frequência?	(0)Não (1)Sim	IABORR__
203.	O(A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0)Não (1)Sim	IHUMOR__
204.	O(A) Sr.(a) tem medo que algo ruim lhe aconteça?	(0)Não (1)Sim	IMEDO__
205.	O(A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0)Não (1)Sim	IFELIZ__
206.	O(A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0)Não (1)Sim	ISAIDA__
	O(A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0)Não (1)Sim	IPREFE__
207.	O(A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0)Não (1)Sim	IMEMOR__
208.	O(A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo(a)?	(0)Não (1)Sim	IVIVO__
209.	O(A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0)Não (1)Sim	INUTIL__
210.	O(A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(0)Não (1)Sim	IENER__
211.	O(A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0)Não (1)Sim	ISEMES__
212.	O(A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr.(a) ?	(0)Não (1)Sim	IMELHO__
BLOCO I - RACIOCINIO			
AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O SR.(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.			
213.	Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos? O dia da semana: _____ O dia do mês: _____ O mês: _____ O ano: _____ A hora aproximada: _____:		DIAS__ DIAM__ MÊS__ ANO__ HORA__ OTEMP__
214.	Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos? A cidade () Bagé () outra () não sabe O bairro: _____ () outro () não sabe O estado () RS () outro () não sabe O país () Brasil () outro () não sabe A peça da casa/apto: _____ () outra () não sabe SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE: Em que lado da sua casa estamos? _____ () outro () não sabe		CIDADE__ BAIRRO__ ESTADO__ PAIS__ PEÇA__ OESPA__
215.	Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO. O(A) Sr.(a) poderia repetir para mim? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe		CARRO__ VASO__ TIJOLO__
REPITA AS RESPOSTAS ATÉ O INDIVÍDUO APRENDER AS TRÊS PALAVRAS (5 TENTATIVAS)			
216.	Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é:		CONTA__

<p>1. 100 – 7: _____</p> <p>2. 93 – 7: _____</p> <p>3. 86 – 7: _____</p> <p>4. 79 – 7: _____</p> <p>5. 72 – 7: _____</p>	
<p>217. O(A) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes?</p> <p>() carro () outro () não sabe</p> <p>() vaso () outro () não sabe</p> <p>() tijolo () outro () não sabe</p>	<p>CARRO1 __</p> <p>VASO1 __</p> <p>TIJOLO1 __</p>
<p>218. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR></p> <p>Um lápis (padrão): () lápis () outro</p> <p>Um relógio de pulso () relógio () outro</p>	<p>LAPIS __</p> <p>RELO __</p>
<p>219. Eu vou dizer uma frase: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.</p> <p>O(A) Sr.(a) poderia repetir?</p> <p>() repetiu () não repetiu</p>	<p>REPET __</p>
<p>220. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções: PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E SOMENTE DEPOIS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS.</p> <p>Pegue este papel com a mão direita ()cumpriu ()não cumpriu</p> <p>Dobre ao meio com as duas mãos ()cumpriu ()não cumpriu</p> <p>Coloque o papel no chão ()cumpriu ()não cumpriu</p>	<p>ETAPA1 __</p> <p>ETAPA2 __</p> <p>ETAPA3 __</p>
<p>221. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita. O(A) Sr.(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que a frase diz. Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil.</p> <p>MOSTRAR A FRASE NA CARTELA “FECHE OS OLHOS”</p> <p>() realizou tarefa () não realizou tarefa () outro</p>	<p>LEI __</p>
<p>222. O(A) Sr.(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase:</p> <p>ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA LINHA A SEGUIR</p> <p>(ANTES DO DESENHO)</p>	<p>FRASE __</p>
<p>223. E para terminar esta parte, eu gostaria que o(a) Sr.(a) copiasse esse desenho:</p> <p>MOSTRAR DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR AO LADO</p>	<p>PRAXIA __</p>
<p>ESPAÇO DESTINADO PARA A FRASE</p> 	<p>TOTAL __ __</p>
BLOCO J – INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO	
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.	
<p>224. A casa em que o Sr.(a) mora é:</p> <p>(0) Própria</p> <p>(1) Alugada</p> <p>(2) De um parente ou de amigo. Qual? _____ (9)IGN</p>	<p>CASAPR __</p> <p>CASAPRQ __</p>
<p>225. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem:</p> <p>Aspirador de pó? (0) Não (1) Sim (9)IGN</p> <p>Máquina de lavar roupa? (0) Não (1) Sim (9)IGN</p> <p>Videocassete ou DVD? (0) Não (1) Sim (9)IGN</p> <p>Geladeira? (0) Não (1) Sim (9)IGN</p> <p>Freezer ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim (9)IGN</p> <p>Forno de microondas? (0) Não (1) Sim (9)IGN</p> <p>Microcomputador? (0) Não (1) Sim (9)IGN</p>	<p>ASP __</p> <p>LAV __</p> <p>VDVD __</p> <p>GEL __</p> <p>FRDU __</p> <p>MICR __</p> <p>MICROCOMP __</p>

Telefone fixo? (<i>convencional</i>) (0) Não (1) Sim (9)IGN	TELFIX__
226.Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem...? Quantos? Rádio (0) (1) (2) (3) (4+) (9)IGN Televisão preto e branco (0) (1) (2) (3) (4+) (9)IGN Televisão colorida (0) (1) (2) (3) (4+) (9)IGN Automóvel (<i>somente de uso particular</i>) (0) (1) (2) (3) (4+) (9)IGN	RAD__ TVPB__ TVCOL__ AUT__
227.Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) SIM, quantos? __	EMPDOM__ EMPDOMQT__
228.Quantas pessoas moram nessa casa? __ __ pessoas (99)IGN	QTMOCASA__ __
229. Quantas peças são usadas para dormir? __ __ peças (99)IGN	QTPECDOR__ __
230. Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). __ __ banheiros (99)IGN	QTBANCA__ __
231.Qual a escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9)IGN	ESCPESMREND_ _
232. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não possui renda (88888)NSA (99999)IGN	BRF1_____ BRF2_____ BRF3_____ BRF4_____ BRF5_____
233. A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim - Quanto? R\$ __ __ __ __ __ por mês (99999)IGN	OUTFREN__ OUTQT_____
PARA O PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR: O questionário foi respondido: (1) Todo pelo(a) idoso(a), sem ajuda (2) Todo pelo(a) idoso(a), com ajuda (3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa (4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa (5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa	QUERESP__
Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs	

Relatório do trabalho de campo

Equipe Técnica

Coordenadores

Elaine Thumé
Bruno Pereira Nunes
Luiz Augusto Facchini

Supervisores de Campo

Karla Pereira Machado
Louriele Soares Wachs
Marciane Kessler
Mariangela Uhlmann Soares
Pâmela Völz

Apoio técnico

Alitéia Santiago Dilélio
Christian Loret de Mola
Denise Silva da Silveira
Elaine Tomasi
Fernando Carlos Vinholes
Lenice Munhoz
Lúcia Azambuja Saraiva Vieira
Mirelle Saes
Suele Manjourany Duro
Thaynã Flores

Suporte, TI e Design

Alessander Osório
Bruna das Neves
Rodrigo Pedrotti

Colaboradores

Amanda Amaral dos Santos
Camila Leal
Janaína Bender
Michele Krolow
Sandra Mattos França

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AQUARES	Grupo de Pesquisa Acesso e Qualidade na Rede de Saúde
AVD	Avaliação da Capacidade Funcional para as Atividades da Vida Diária
AIVD	Avaliação da Capacidade Instrumental para as Atividades da Vida Diária
IPAQSHORT	Questionário Internacional de Atividade Física
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
PACIC	Paciente Assesment of Chronic Illnes Care
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i>
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RS	Rio Grande do Sul
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
URCAMP	Universidade da Região da Campanha
VASS	Vulnerabilite to Abuse Screening Scale
WHOQOL-BREF	Avaliação de Qualidade de Vida – Abreviado

Lista de Figuras

Figura 1 - Reunião na secretaria de saúde	102
Figura 2 - Identidade visual da Pesquisa SIGA Bagé. Pelotas, 2016.....	103
Figura 3 -Edição do instrumento eletrônico Programa Editor. Pelotas, 2016.	104
Figura 4 - <i>Personal Digital Assistant</i> utilizado no Estudo SIGA.....	105
Figura 5 - Primeira Capacitação SIGA. Bagé, 2016.....	108
Figura 7 - Sala na URCAMP. Bagé, 2016.....	110
Figura 8 - Reunião do Conselho Municipal de Saúde. Bagé, 2016.....	113

1 Introdução

O relatório apresenta o trabalho de campo, incluindo o planejamento, a execução e sua conclusão. A preparação do campo ocorreu no período de junho a agosto de 2016 e a coleta de dados iniciou em setembro de 2016, sendo concluída em agosto do ano de 2017, em Bagé, Rio Grande do Sul (RS).

Trata-se de um estudo de coorte, envolvendo a população idosa residente na área urbana de Bagé. Foram buscados todos os idosos entrevistados no estudo intitulado “Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica” realizado no ano de 2008.

O objetivo principal foi estabelecer uma coorte com idosos participantes do estudo supracitado. Os objetivos secundários foram: identificar a incidência de doenças crônicas não-transmissíveis, agravos e síndromes geriátricas; mensurar as desigualdades e iniquidades socioeconômicas na utilização de serviços de saúde na incidência de doenças, agravos, síndromes geriátricas e mortalidade; investigar a utilização de serviços de atenção básica à saúde, consultórios privados, ambulatoriais, atenção domiciliar, urgência e emergência, e hospitalização; analisar o efeito da Estratégia Saúde da Família na utilização de serviços de saúde, continuidade do cuidado e prevenção de agravos; verificar mudanças nos padrões das relações sociais; verificar a taxa de mortalidade e as principais causas de óbito.

Esta pesquisa foi realizada por docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (PPGEnf-UFPel), por membros do Grupo de Pesquisa Acesso e Qualidade na Rede de Saúde (AQUARES) do Departamento de Medicina Social da UFPel e viabilizada pela parceria com docentes e discentes da Universidade Regional da Campanha (URCAMP).

2 Equipe Técnica

2.1 Coordenação Geral

A coordenação geral da pesquisa ficou sob responsabilidade dos professores do PPGEnf Dra. Elaine Thumé, Dr. Bruno Pereira Nunes e Dr. Luiz Augusto Facchini. Todos participaram de toda a gerência desta pesquisa: concepção do projeto; reuniões iniciais no município sede do estudo, com as Secretarias Municipais de Saúde e de Políticas para a Pessoa Idosa de Bagé, com o objetivo de divulgar os resultados da pesquisa de 2008 e solicitar autorização e apoio para a realização do

novo acompanhamento dos idosos. Também acompanharam o planejamento e realização das capacitações dos entrevistadores; e execução do trabalho de campo.

2.2 Coordenação do Trabalho de Campo

A coordenação do trabalho de campo ficou sob responsabilidade dos discentes do curso de Mestrado e Doutorado do PPGEnf. Os mesmos trabalharam na organização e execução do trabalho de campo, incluindo: planejamento do estudo; seleção e capacitação dos entrevistadores; acompanhamento das tarefas desenvolvidas pela supervisora do trabalho de campo e pelos entrevistadores; elaboração das rotinas da coleta de dados; contato com coordenadores das unidades de saúde e com a coordenação geral em Pelotas.

2.3 Supervisão de Campo

A supervisão do trabalho de campo ficou sob responsabilidade de uma mestranda do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da FURG (Universidade Federal do Rio Grande). Ficando com a responsabilidade de: acompanhar a coleta de dados realizada pelos entrevistadores; pagar as entrevistas realizadas; enviar as informações coletadas e armazenadas nos PDA's (*Personal Digital Assistant*) para a equipe de TI (Tecnologia da Informação); controlar as planilhas desenvolvidas para a identificação dos idosos localizados, que se mudaram e que foram a óbito.

2.4 Equipe de TI

O coordenador da equipe de TI do grupo de pesquisa AQUARES ficou com a responsabilidade técnica de desenvolver o instrumento eletrônico com codificação para o PDA, receber e arquivar os questionários respondidos e condensar os dados para análise de consistência. Para a execução destas atividades, contou com o apoio de duas doutorandas e de um coordenador geral.

3 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa “Projeto de corte de idosos de Bagé-RS” foi submetido à Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, aprovado em 29-05 de 2014, sob parecer 678.664, seguindo os preceitos da resolução 466-12.

Cabe destacar que, todos os participantes do estudo leram (ou foi lido) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar da pesquisa. Também foi assinada a autorização para uso da imagem. Para aqueles que não sabiam ler e/ou escrever foi coletada a impressão digital.

Como procedimento ético, ao final das análises dos dados, os resultados mais relevantes serão entregues para as Secretarias apoiadoras no município de Bagé, bem como amplamente divulgados na imprensa local.

4 Reuniões nas Secretarias Municipais de Bagé

Em Bagé, o contato inicial para informar o propósito do estudo e solicitar a liberação e apoio do município foi com a Secretária Municipal de Políticas para a Pessoa Idosa e com a equipe de coordenação do Programa Saúde da Família. Na ocasião, foi entregue uma cópia do projeto e a solicitação de apoio para as atividades do trabalho de campo do estudo em Bagé.



Figura 4 - Reunião na secretaria de saúde

5 Identidade Visual

Para a divulgação e padronização dos materiais da pesquisa, foi pensada a criação de uma identidade visual do estudo. Como elementos principais foram mencionados: o nome do estudo referenciando o acompanhamento dos idosos e seguimento da pesquisa; utilização de palavras-chave (idosos, cuidados com a saúde, conjunto de indivíduos, gaúcho, segmento, zona urbana, despojado e alegre); símbolos que lembrassem os idosos, e cores que simbolizavam o estado do Rio Grande do Sul (verde, amarelo e verde). A partir de então foram desenvolvidos dois

modelos de identidade visual e votados pelo grupo, sendo selecionada a imagem abaixo:



Figura 5 - Identidade visual da Pesquisa SIGA Bagé. Pelotas, 2016.

6 Questionário

6.1 Construção do instrumento

O instrumento da pesquisa foi desenvolvido após diversas reuniões entre os coordenadores gerais, coordenadores do trabalho de campo, supervisor de campo e a fim de comportar todos os temas e objetos de pesquisa dos participantes do estudo, englobando uma gama variada de desfechos.

Desta forma, a versão final do instrumento contém 757 questões, com respostas fechadas (de múltipla opção ou não) e abertas de caráter complementar às primeiras, distribuídas em blocos, organizados por temas (podendo ter um ou mais assuntos em cada bloco), com aplicação média de 90 minutos.

Tendo como configuração: Bloco de identificação; Bloco A - Características Gerais; Bloco B - Cognição; Bloco C - Características Sociodemográficas; Bloco D - Autopercepção de Saúde; Bloco E - Morbidades; Bloco F - Eliminações; Bloco H - Quedas; Bloco I - Direito à Saúde, acamado e vacinas; Bloco J - Exames Laboratoriais; Bloco K - Utilização dos Serviços de Saúde, Utilização dos Serviços de Saúde, Utilização dos Serviços de Saúde, Utilização dos Serviços de Saúde; Bloco L - Atendimento Domiciliar; Bloco M - Qualidade da Atenção; Bloco N - Condição Física; Bloco O - Apoio Social; Bloco P - Hábitos Saudáveis; Bloco P - Hábitos Saudáveis; Bloco O - Hábitos Diários; Bloco R - Hábitos de Vida; Bloco S - Hábitos Saudáveis, Hábitos Saudáveis; Bloco T Sentimentos; Bloco U - Eventos Estressores; Bloco V - Qualidade de Vida; Bloco X - Risco de Abuso; Bloco Y - Informações do Domicílio; Bloco Z - para preenchimento do entrevistado; Bloco de medidas.

Foram utilizados instrumentos validados como: WHOQOL-BREF - Avaliação de Qualidade de Vida (Fleck MP *et al.*, 2000), IPAQSHORT - Questionário Internacional de Atividade Física (Matsudo S *et al.*, 2001), PHQ-9 - Patient Health Questionnaire (Santos IS *et al.*, 2013), AVD - Avaliação da Capacidade Funcional para as Atividades da Vida Diária (Katz, 1963) e AIVD - Avaliação da Capacidade Funcional para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton e Brodry, 1969), GDS – Escala de Depressão Geriátrica (Sheik e Yesavage, 1986), MEEM - Mini Exame do Estado Mental (Folstein, 1975), PACIC - Patient Assessment of Chronic Illnes Care (Glasgow, 2005), VASS - Vulnerabilite to Abuse Screening Scale (Schofild MJ e Mishra GD, 2003) e também instrumentos elaborados ou adaptados especificamente para a pesquisa.

6.2 Questionário eletrônico

Após a conclusão do questionário com a inclusão de todas as variáveis a serem investigadas, as questões foram transferidas para o Programa Editor, o qual permite a edição de todas as perguntas e opções de respostas, permitindo configurar os pulos automáticos conforme opções respondidas (Figura 6). A partir deste, foi gerado o banco de dados do Programa Questionário, utilizado no PDA. Ambos programas foram desenvolvidos pelo analista de sistemas do Grupo AQUARES exclusivamente para coleta de dados em PDA.

Valor de Exibição	Valor de Resposta	Pulo
Nã	0	17
Sim	1	2
IGN	9	17

Figura 6 -Edição do instrumento eletrônico Programa Editor. Pelotas, 2016.

Com o arquivo questionário em atividade no PDA iniciaram os testes para conferência das perguntas e respectivas respostas e pulos, até que os erros percebidos fossem corrigidos.

A coleta de dados em questionário eletrônico foi possível pela disponibilidade de aparelhos PDA adquiridos em pesquisa anterior pelo Grupo AQUARES (Figura 7), e permitiu economia sem a impressão de instrumento em papel, agilidade na entrevista, visto que os pulos automáticos permitiam a identificação de blocos que não deveriam ser perguntados, a exemplo problemas vinculados à hipertensão arterial para quem não tinha diagnóstico de hipertensão.



Figura 7 - *Personal Digital Assistant* utilizado no Estudo SIGA.

7 Manual de Instruções

O manual de instrução foi elaborado com o intuito de auxiliar no treinamento dos entrevistadores e como material de apoio durante a coleta de dados. Cada pesquisador ficou responsável por montar as instruções referentes às suas questões de interesse e posteriormente uma comissão ficou responsável pelas instruções dos blocos gerais, formatação e revisão final.

Foram inclusos no Manual as orientações gerais para os entrevistadores (apresentação pessoal e identificação de entrevistador, abordagem inicial na residência, postura frente ao entrevistado, documentos que deveriam ser mostrados e assinados); orientações de manuseio do PDA e arquivamento das entrevistas; orientações para cada pergunta do questionário, incluindo as opções de resposta e, quando necessário, indicação de ler ou não as mesmas; instruções para realizar as medidas; e foram anexados todos os documentos necessários para a realização da coleta de dados.

Cada entrevistador recebeu um manual impresso que deveria ser carregado como material de campo.

8 Público alvo

8.1 Identificação dos idosos entrevistados em 2008

O estudo de coorte foi realizado a partir do estudo transversal de base populacional, com amostra representativa da população idosa (60 anos ou mais) de Bagé (RS). Em 2008, foram entrevistados 1.593 idosos, sendo 822 em áreas de cobertura da ESF e 741 em áreas de cobertura das UBS Tradicionais. Foram procurados e entrevistados em 2016/17, os mesmos idosos que participaram da pesquisa em 2008, por meio da lista com nome e endereços dos idosos amostrados naquele ano.

No ano de 2015, sob responsabilidade de uma bolsista de Iniciação Científica, foi realizada uma busca nos questionários de papel de 2008, que proporcionou a criação de uma planilha de Excel com as seguintes informações: número de ordem, número da UBS, nome dos idosos, endereço, data de nascimento, número da microárea, número da quadra, número do domicílio, número da pessoa, data da entrevista.

Foi então realizada uma busca no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do município de Bagé comparando os nomes dos participantes de 2008. Localizados 472 óbitos que foram excluídos da lista de pessoas a serem buscadas na nova etapa. No entanto, óbitos ocorridos em outros municípios ou muito recentes não constavam na lista do SIM.

Sendo assim, o trabalho de campo foi iniciado com uma lista de 1.121 indivíduos para serem localizados.

8.2 Localização dos participantes

Em posse da lista, a supervisora do trabalho de campo separou os 1.121 endereços por áreas de referência das unidades de saúde, dividindo-os entre os entrevistadores.

Ao localizar a residência o entrevistador confirmava a moradia do idoso e convidava-o a participar, podendo aceitar ou não. Em caso de óbito informado por familiar/amigo/vizinho o motivo e a data eram registrados no PDA para posteriormente serem confirmados no SIM. Caso identificada a mudança de endereço o entrevistador buscava informações detalhadas da nova moradia.

Para facilitar este processo de busca, em um período do campo, um dos entrevistadores foi destinado para visitar com antecedência estas residências, identificando assim os óbitos e mudanças de endereço, bem como informando a posterior visita para a coleta de dados.

Quando os idosos não eram localizados, os entrevistadores entravam em contato com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para verificar se os mesmos possuíam informações sobre os novos endereços e se poderiam orienta-los e/ou acompanhá-los nas ruas de difícil acesso.

Um dos problemas encontrados nesta etapa foi a troca de identificação das ruas no decorrer destes oito anos entre os acompanhamentos, logradouros que foram renomeados, numeração duplicada em ruas que cruzavam mais de um bairro, numeração das casas também não respeitavam uma ordem lógica e também foi percebido o pouco conhecimento de ruas entre os moradores dos bairros.

8.3 Seleção e capacitação para entrevistadores

Para a seleção dos entrevistadores estabeleceu-se que o perfil desejado para a atividade seria: maior de 18 anos, estudantes da URCAMP e/ou ensino médio completo e com disponibilidade para trabalhar, no mínimo, 20 horas semanais. Cartazes foram afixados nos corredores da URCAMP e divulgado nas rádios e redes sociais do município. Os interessados se inscreveram por e-mail e foram comunicados do processo seletivo. Este processo ocorreu através de uma ampla capacitação entre os candidatos, com duração média de uma semana, na qual foi apresentado os pesquisadores, os objetivos do estudo e o conteúdo do manual. A seleção e capacitação dos entrevistadores ficou sob responsabilidade dos coordenadores e supervisora do trabalho de campo, os quais haviam se capacitado para repassar todas as informações necessárias sobre o instrumento e sobre coleta de dados.

Durante a seleção e capacitação, os candidatos foram instruídos sobre a logística do trabalho de campo, remuneração e os seguintes aspectos gerais da pesquisa foram abordados: comportamento dos entrevistadores, rotina do trabalho de campo e preenchimento dos questionários. Além disso, todas as questões incluídas no instrumento de coleta de dados foram lidas e explicadas conforme o manual de instruções, sendo sanadas as dúvidas. Após, foram realizadas dinâmicas que envolveram a aplicação do questionário em dupla. Também foi realizado a

padronização de medidas de altura do joelho, circunferência da cintura, circunferência da panturrilha, peso, força de preensão palmar e aferição da pressão arterial.

Desta forma foram selecionados aqueles com frequência mínima de participação, melhor entendimento da proposta do estudo, boa desenvoltura (comunicação e capacidade de manuseio do PDA) e desempenho na aplicação do questionário e disponibilidade referida.

Toda a dinâmica de seleção e capacitação dos entrevistadores foi realizada na URCAMP que dispôs de uma sala de aula no mesmo Campus, para realização da capacitação dos entrevistadores.



Figura 8 - Primeira Capacitação SIGA. Bagé, 2016.

De acordo com a logística do trabalho, seriam necessários 12 entrevistadores e quatro suplentes. Contudo, foram necessários outros 2 momentos seletivos para substituir os entrevistadores que desistiram ao longo do trabalho de campo. Ao todo, passaram pelo estudo 19 entrevistadores.

A primeira capacitação foi datada de 23 a 31 de agosto de 2016 - Anexo A - (incluindo os dias para o estudo piloto), teve 21 inscritos, destes 7 foram selecionados para o trabalho de campo; a segunda ocorreu entre 03 e 07 de outubro de 2016 (Anexo B), teve 9 inscritos, sendo selecionados para o trabalho de campo 4 candidatos; a última seleção foi realizada entre 24 e 28 de outubro de 2016 (Anexo C), com 26 inscritos e finalizou com 19 candidatos, sendo selecionados um baterador, seis entrevistadores e cinco suplentes.

Ao final da primeira capacitação, os candidatos foram convocados a participar do estudo piloto (ver item 9), ocorrido no residencial de idosos Vila Vicentina, como parte da seleção. Na segunda e terceira capacitação optou-se pelos candidatos irem

direto à campo, realizando a entrevista supervisionada pelos coordenadores de trabalho de campo e pelos entrevistadores mais antigos.

9 Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto com o objetivo de treinar os entrevistadores para a aplicação do questionário e analisar as inconsistências do instrumento eletrônico, o qual ocorreu ao final da primeira capacitação.

O piloto ocorreu no município de Bagé, com nove idosas residentes em casas localizadas na instituição filantrópica de longa permanência (ILP) Vila Vicentina. As mesmas não haviam sido entrevistadas em 2008 e não foram incluídas na amostra.

Os candidatos, na função de entrevistadores, escolheram de forma aleatória uma casa da ILP e convidaram a moradora para participar do estudo. Cada coordenador do trabalho de campo acompanhou uma dupla de entrevistadores.

Através deste pré-estudo foi possível testar os instrumentos de coleta, o manual de instruções, verificar o tempo de aplicação, a organização do trabalho de campo e o desempenho dos candidatos. Com isso, as devidas melhorias foram realizadas.

10 Material de campo

O material para o trabalho de campo era composto por uma bolsa com identificação do estudo, na qual foi colocada uma balança, um antropômetro, um esfigmomanômetro digital, um fita métrica, um dinamômetro, um manual de instruções, caderno de anotações - diário de campo, uma cartela de escalas, uma prancheta, uma pasta com os materiais impressos (planilha distribuição dos domicílios por UBS, carta de apresentação, termo de consentimento livre e esclarecido, planilha de assinaturas do TCLE, autorização do uso de imagem, folha do desenho de cognição), uma almofada de carimbo, uma caneta, uma borracha, um lápis, um apontador, um relógio, lembrancinhas (imã), dois PDA's com sua caneta e um carregador. O entrevistador também recebeu um crachá de identificação e duas camisetas com a identidade visual da pesquisa, os quais eram de uso obrigatório.

11 Logística de trabalho de campo

A URCAMP cedeu uma sala mobiliada no prédio do Campus Esportivo Corujão, a qual serviu de sede ao estudo em Bagé (Figura 9). Neste local, ficavam guardados os materiais de pesquisa como: folders, mapas, além dos materiais e equipamentos extras.



Figura 9 - Sala na URCAMP. Bagé, 2016.

Neste local ocorreram os encontros semanais dos entrevistadores com a supervisora de campo, com o objetivo de buscar a lista nova de endereços dos idosos e entregar os dados das entrevistas realizadas na semana anterior.

Era agendado um dia da semana para que ocorresse o encontro com os entrevistadores. Esses deveriam devolver os TCLE's e uso da imagem assinados, bem como a folha do desenho de cognição, mostrar o diário de campo, tirar dúvidas, conversar sobre alguma intercorrência, pegar suas novas planilhas com os endereços dos idosos e levar os PDA's para as entrevistas a serem computadas.

Cada PDA apresentava um cartão de memória onde os dados eram armazenados. Após cada reunião, esses dados eram arquivados em um computador e, por meio de remessas semanais, encaminhados via e-mail para o responsável da TI. Os arquivos salvos eram enviados para um dos coordenadores gerais da pesquisa, que ficou responsável pela contagem e conferência das entrevistas de cada um dos entrevistadores.

O andamento do trabalho de campo era relatado diariamente para a supervisora por meio de conversas via aplicativo *whatsapp* ou e-mail, sendo registrado em diário. Somente após o processo de conferência das entrevistas, realizado de 15 em 15 dias, o pagamento era liberado para os entrevistadores.

Inicialmente, além de 2 vales transporte por dia, o valor pago por cada entrevista era de R\$13,00 e os óbitos que fossem localizados durante o trabalho de campo valiam cinco reais. Como forma de estímulo aos entrevistadores, ao final do terceiro mês da coleta de dados, foi solicitado que cada entrevistador realizasse, no mínimo, 12 entrevistas por semana e, em troca, eles passariam a receber R\$15,00 por entrevista. Além disto, a cada 50 entrevistas realizadas (não incluindo óbitos), o entrevistador recebia um bônus de cem reais. Cabe destacar que os gastos com pesquisa ficaram sob responsabilidade dos próprios pesquisadores, que os custeavam com suas bolsas de mestrado e doutorado.

Como estratégia inicial, os endereços dos idosos foram divididos de acordo com a área de abrangência das UBS do município de Bagé e todos realizavam as entrevistas previstas nas áreas definidas pelos coordenadores do trabalho de campo. O objetivo era fazer um contorno na cidade, iniciando nas áreas de abrangência da UBS Ivo Ferronato e tendo por sequência: Malafaia, Prado Velho, Morgado rosa, Centro Social Urbano, Arvorezinha, Popular, Passo das Pedras, Damé, CAIC, Jardim do Castelo, Dois Irmãos, Santa Cecília, Floresta, Vila Gaúcha, Castro Alves, PAM, Camilo Gomes, Sá Monmanny, San Martín e Instituto de Menores.

No transcorrer da coleta, para facilitar o deslocamento dos entrevistadores dentro do município, os mesmos puderam escolher as áreas de abrangência das UBS próximas aos seus locais de moradia.

Cabe destacar, no entanto, que devido às desistências dos entrevistadores, as estratégias tiveram que ser repensadas semanalmente. E, ao final do quinto mês, os coordenadores do trabalho de campo passaram a realizar mutirões. Através de escalas de trabalho, os mesmos iam para o município de Bagé utilizando seus veículos particulares com o intuito de reverter as recusas prévias, em alguns momentos os entrevistadores contratados iam junto e, quando revertido com sucesso, já ficavam fazendo a entrevista ou a mesma era realizada pelo próprio coordenador que reverteu a recusa.

Após sete meses de coleta de dados, apenas uma entrevistadora do município de Bagé permaneceu no estudo. A alternativa encontrada foi realizar o treinamento com as alunas bolsistas da UFPel (graduação e PPGEnf) para participarem da coleta de dados. Assim, deu-se continuidade ao esquema de mutirões, que eram organizados por escalas de trabalho e ocorriam em torno de duas vezes na semana, com saída de Pelotas para Bagé.

A coleta de dados estava prevista para os meses de setembro de 2016 até janeiro de 2017. No entanto, devido aos contratempos, tais como, o não cumprimento das metas (quantidade de entrevistas realizadas por entrevistador/dia), desistência dos entrevistadores e dificuldade de acesso aos entrevistados, a coleta de dados foi estendida por dez meses, encerrando as atividades dia 24 de agosto de 2017.

12 Divulgação do estudo

Foram utilizados os mais variados meios de comunicação com o objetivo de divulgar a pesquisa e estimular a participação da população, tornando de conhecimento público o estudo e minimizando as possibilidades de recusa.

Antes do início da coleta de dados foi confeccionado um folder contendo resultados do estudo de 2008 e perspectivas do novo estudo. Este material foi distribuído nos diversos locais em que o grupo de pesquisa circulou, nas unidades de saúde, nas Secretarias Municipais, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e foi entregue aos participantes do estudo. Um imã-calendário com o símbolo do estudo foi produzido e entregue aos participantes, como uma recordação e agradecimento pela contribuição.

Entre as estratégias, uma página foi criada na rede social *Facebook* (SIGA BAGÉ - Saúde do Idoso Gaúcho) para divulgação de todas as etapas da pesquisa, como seleção de entrevistadores, início de coleta de dados, fotos com os entrevistados, além de serem respondidas informações sempre que solicitada pelos usuários. A página segue ativa com postagens sobre envelhecimento e abrigará resultados das informações coletadas.

Também houve participação em alguns eventos municipais para falar sobre a importância do estudo e solicitar apoio dos profissionais de saúde da atenção básica e líderes da comunidade. No dia 12 de setembro de 2016, as coordenadoras do trabalho de campo e a supervisora participaram de reunião promovida pela Secretaria Municipal de Saúde com todos os enfermeiros da atenção básica do município, na qual cederam um espaço para divulgar o estudo e solicitar apoio das equipes no auxílio à divulgação junto aos idosos e disponibilidade na localização de residências (principalmente as de difícil acesso e mudanças de endereços).

Com a mesma finalidade, dia 27 de outubro de 2016, uma das supervisoras do trabalho de campo participou da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bagé (Figura 10).



Figura 10 - Reunião do Conselho Municipal de Saúde. Bagé, 2016.

Concomitante, ocorreram divulgações na imprensa (jornal e rádio locais): uma entrevista para a equipe de jornalismo da URCAMP e outra para o Jornal Minuano. Entrevista para o Programa da Rádio Minuano. O objetivo era reforçar a importância da participação da população idosa no estudo, neste sentido a Rádio Minuano, cordialmente anunciou em diversos momentos propaganda do estudo, incentivando os idosos a receber os entrevistadores. Todas as matérias e participações em programas não geraram nenhum custo para a pesquisa.

13 Controle de qualidade

Teve início no começo das atividades relacionadas à coleta de dados, quando foram acessados os primeiros questionários realizados em 2008 (instrumentos em papel), transcrevendo-se as informações que seriam necessárias para buscar os idosos novamente em uma planilha *Excel*, tais quais: endereço, nome completo, telefone, Unidade Básica de Saúde, data da entrevista, micro área pertencente, entre outros.

Durante o período de coleta de dados, realizou-se o acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas pelos entrevistadores por meio de encontros semanais com o supervisor de trabalho de campo, e através da disponibilização de contato sempre que necessário para dúvidas.

Após a compilação dos primeiros dados pela TI e posteriormente pelo coordenador, iniciaram as reentrevistas parciais para o controle de qualidade, para tal

foram realizadas ligações telefônicas e solicitado ao idoso participante que respondesse 14 questões-chave que não pudessem sofrer alteração temporal na resposta. Para esta etapa, 10% da amostra foi sorteada aleatoriamente, totalizando 101 participantes, destes:

- 78 foram respondidos, sendo: 67 pelo próprio idoso e 11 por algum cuidador ou parente próximo.
- 24 não foi possível o contato.

Estes dados ainda passarão pelo processo de conferência e validação, quando os dados coletados serão compatibilizados com as respostas do controle de qualidade.

Ao final da coleta de dados, os 857 nomes restantes e suas respectivas datas de nascimento foram repassadas à Secretaria Estadual de Saúde para confirmar os óbitos identificados no período.

14 Limpeza do banco de dados

Após o término do trabalho de campo, foi realizada a limpeza do banco de dados pela equipe de pesquisadores, a fim de corrigir erros e verificar incompatibilidades e inconsistências, até que todas as divergências fossem sanadas.

15 Orçamento

A pesquisa foi realizada com recursos próprios dos pesquisadores e também com auxílio de recursos humanos (equipe de TI e design) e materiais (bolsas, PDAs, balanças, esfigmomanômetros, almofada para carimbo e impressão) do Grupo de Pesquisa AQUARES e material do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPel (dinamômetro) e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia UFPel (antropômetros).

16 Entrevistas realizadas

No ano de 2008, de 1713 idosos selecionados, 1593 foram entrevistados, totalizando 76 perdas e 44 recusas não revertidas. Em 2016/2017, após 11 meses de coleta de dados, 636 idosos faleceram, 53 mudaram-se para outra cidade, 6 estavam residindo em ILP, 1 estava preso; 81 recusaram, 80 não foram localizados após 3 tentativas e 736 foram novamente entrevistados. Nesse sentido, o percentual de entrevistas foi de 46,2% e o de perdas e recusas foi de 13,8%.

17 Estudo: Incidência de depressão em idosos de Bagé

17.1 Participação da pesquisadora

Para desenvolver o estudo sobre a incidência de sintomas depressivos e seus potenciais determinantes na população idosa do município de Bagé-RS, a pesquisadora teve participação direta em todas as etapas do trabalho de campo. Como coordenadora do trabalho de campo participou do planejamento do estudo, da concepção do instrumento de coleta de dados, de reuniões com a Secretaria de Saúde de Bagé e com a coordenação geral em Pelotas, da seleção e capacitação de entrevistadores, da elaboração de rotinas para a coleta de dados e de mutirões para o término do campo.

Como desenvolveu-se um consórcio com mestrandas e doutorandas do PPGEnf com o objetivo de estabelecer uma coorte de idosos no município de Bagé no ano 2016/2017, não foi necessário solicitar a autorização da coordenadora do estudo para a utilização dos dados de 2008.

17.2 Delineamento do estudo

Para analisar os dados de incidência, recorrência, remissão, persistência e prevalência da doença utilizou-se os dados de 615 idosos que possuíam informações completas sobre a sintomatologia depressiva na medida de linha de base e na de seguimento.

A Figura 11 expressa graficamente a caracterização da incidência de depressão na coorte de idosos:

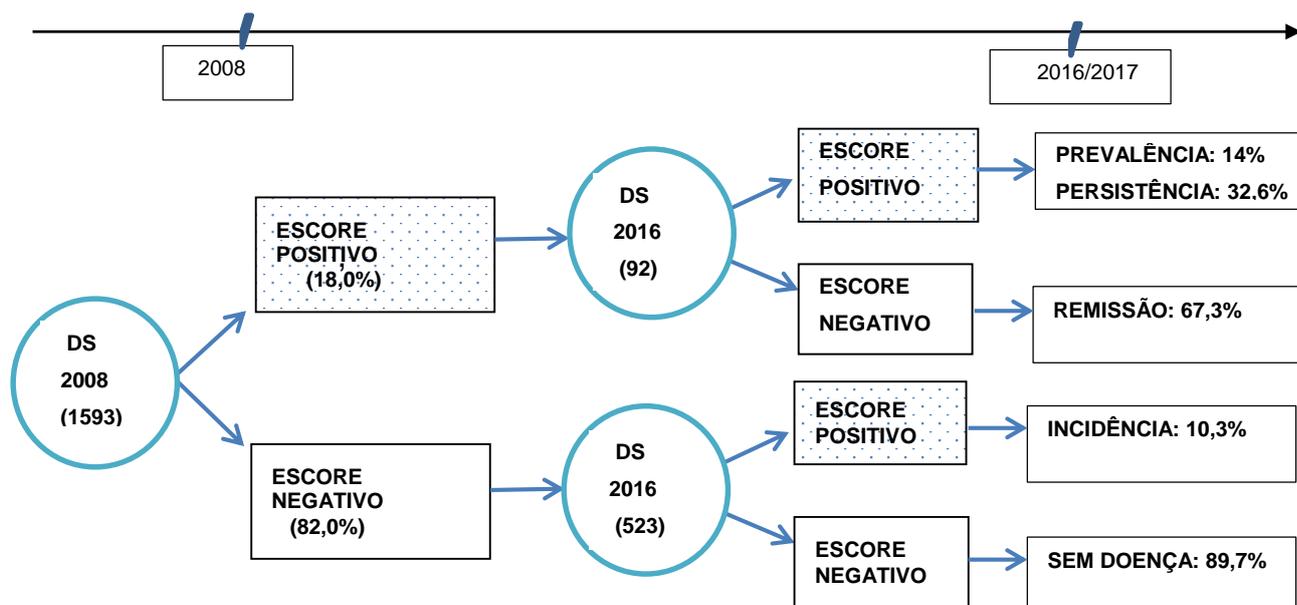


Figura 11 - Delineamento do estudo de Coorte

Em 2016/2017, observou-se que de 523 idosos que não haviam sido rastreados com sintomatologia depressiva na medida da linha de base, a incidência foi de 10,3% e 89,7% permaneceram livres da doença. E, dentre os 92 idosos que haviam sido rastreados com sintomas depressivos em 2008, a prevalência foi de 14%, a persistência foi de 32,6% e a remissão foi de 67,3%.

17.3 Limitações do estudo sobre incidência de depressão

Defende-se que a baixa prevalência e baixa incidência identificadas decorrem das políticas voltadas à população idosa no município de Bagé/RS. No entanto, faz-se necessário mencionar que na medida de seguimento 16,6% dos idosos referiram ter recebido diagnóstico médico de depressão e, destes, 27,3% estavam utilizando algum medicamento para a doença. Embora o banco não esteja finalizado e não possamos afirmar que os idosos medicados não foram rastreados com a sintomatologia depressiva, não se pode ignorar que as medidas podem estar subestimadas. Ao ser medicado, o idoso tende a sentir uma melhora significativa no seu humor e na sua qualidade de vida, reduzindo períodos de tristeza e de insatisfação com a vida. Além disso, ainda não foi possível identificar as causas de óbito entre os

idosos e, conseqüentemente, identificar se aqueles idosos que possuíam depressão em 2008 vieram a falecer tendo a depressão como causa subsequente.

Apesar do estudo consistir em duas medidas com intervalo de 8/9 anos, as taxas de prevalência e incidência contrastam com a literatura nacional e internacional, não apenas por diferenças demográficas e de contexto social, mas também porque episódios depressivos de curta duração podem estar subrepresentados. O ideal é acompanhar a população em intervalos mais curtos.

17.4 Objetivo não atingido

Devido a problemas enfrentados durante a coleta de dados, que acabaram estendendo o trabalho de campo por 10 meses, não foi possível verificar a prevalência de acompanhamento de idosos depressivos na Atenção Primária à Saúde e sua relação com o modelo assistencial adotado. Mas a pesquisadora pretende realizar essas análises e escrever o artigo logo após a defesa da tese.

Referências

FOLSTEIN, M.F; FOLSTEIN, E.S; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.** 1975 Nov; 12(3):189-98.

LAWTON, M.P; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.** 1969 Aut;9(3):179-86.

KATZ, S; FORD, A.B; MOSKOWITZ, R.W; JACKSON, B.A; JAFFE, M.W. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA.** 1963 Sep 21;[185:914-9](#).

SHEIKH, J.I; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. New York: **The Hayworth Press**, 1986

ARTIGO DE REVISÃO

Será resubmetido à Revista de Ciência e Saúde Coletiva

Incidência de depressão em idosos e fatores associados: revisão sistemática da literatura

Incidence of depression in the elderly and associated factors: a systematic review of the literature

Pâmela Moraes Volz.

Elaine Tomasi.

Natália Sevilha Stofel.

Sidnéia Tessmer Casarin.

Maria Elizabeth Gastal Fassa.

Elaine Thumé.

Leandro Farias Rodrigues.

Luiz Augusto Facchini.

Resumo

Objetivo: Caracterizar a incidência de depressão em idosos, com ênfase na identificação dos fatores de risco. **Metodologia:** Revisão sistemática de literatura, sem restrição de datas e idiomas, realizada de julho a novembro de 2016 e atualizada de janeiro a março de 2018. Foram incluídos estudos observacionais longitudinais e de base comunitária, realizados com idosos e que utilizaram instrumentos para aferir depressão. **Resultados:** Foram encontrados 3.281 artigos após exclusão das duplicidades e 26 foram selecionados para revisão após processo de leitura e avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. Dentre os trabalhos de incidência cumulativa as medidas variaram de 1,4% a 44,0% e, dentre os estudos que mediram a densidade de incidência, as taxas variaram de 5/1000 pessoas-ano a 141/1000 pessoas-ano. Os estudos indicaram uma probabilidade significativamente maior de depressão em idosos do sexo feminino, mais velhos, com baixa escolaridade, com baixo nível socioeconômico, com rede social comprometida, morbidades crônicas e multimorbidade, com comprometimento cognitivo, incapacidade funcional, com consumo arriscado de álcool e tabaco, sedentarismo e pessimismo. **Conclusões:** A variabilidade dos resultados pode estar associada às diferentes metodologias e instrumentos utilizados, aos diferentes contextos sócio-políticos e econômico em que os estudos foram desenvolvidos e a heterogeneidade da amostra. Defende-se que o cuidado integral longitudinal em saúde, que deveria ser dispensado à população principalmente na atenção básica, poderia identificar precocemente e prevenir o agravamento de sintomas depressivos nos idosos.

Descritores: Depressão; Idoso; Incidência.

Abstract

Objective: To characterize the incidence of depression in the elderly, with emphasis on the identification of risk factors. **Methodology:** Literature systematic review, with no restriction of dates and languages, realized between July to November of 2016, and actualized in January to March of 2018. We included longitudinal studies, performed with the elderly and that used instruments to measure depression. **Results:** We founded 3281 articles after excluding the duplications. After process of reading and evaluating according inclusion and exclusion criteria, 26 articles were selected for review. Among studies that have researched the cumulative incidence, the measures ranged from 1.4% to 44.0% and, among the studies that have measured incidence density, rates ranged from 5/1000 person-years to 140.97/1000 person-years. The studies indicated a significantly higher odds of depression in female elderly, older, with a low level of education, a low socioeconomic level, a weak social network, chronic morbidity and multimorbidity, with cognitive impairment, functional disability, risky alcohol and tobacco consumption, sedentary lifestyle and pessimism. Variation in incidence rates of cases of depression and depressive symptoms can be attributed to different instruments used, follow-up time and cultural contexts. **Conclusions:** The variability of the results can be associated with: the different methodologies and instruments used, the different socio-political and economic contexts in which the studies were developed and the heterogeneity of the sample. It is argued that comprehensive and integrative health care, which should be dispensed to the population mainly in Public Health Care, could identify early and to prevent the worsening of depressive symptoms in the elderly.

Keywords: Depression; Elderly; Incidence.

Introdução

A depressão é um distúrbio afetivo multifatorial, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite e sensação de cansaço ou falta de concentração^{1,2,3,4}. Pode tornar-se crônica ou recorrente, reduzindo a capacidade dos indivíduos em lidar com responsabilidades cotidianas, estando associada ao suicídio³.

A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo, avaliada pelo indicador Anos Vividos com Incapacidade, a terceira maior responsável pelos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade^{3,5} e uma das principais contribuintes para a carga global de doenças^{3,5,6,7}. No marco da determinação social da saúde, sua ocorrência se associa as múltiplas causas, como as biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas e familiares⁸. Entre as teorias epidemiológicas da multicausalidade, destaca-se o marco da determinação social do processo saúde-doença^{9,10}.

O conhecimento sobre a incidência de depressão em idosos e seus determinantes é essencial para estimar o risco de desenvolver a doença. A ausência destes estudos dificulta a formulação de políticas públicas, o planejamento dos serviços de saúde e a formação e educação permanente de profissionais de saúde.

A aferição da ocorrência da depressão em idosos varia de acordo com o tipo de instrumento, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. Para inquéritos de base populacional utilizam-se instrumentos para diagnóstico e para rastreamento. Os principais recursos para diagnóstico e classificação da depressão são o Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-IV), que é uma ferramenta para clínicos, um recurso educacional essencial para estudantes e profissionais, e uma referência para pesquisadores no campo⁵¹ e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10)⁵². E, para rastreamento são: Geriatric Depression Scale (GDS)⁵⁵, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)⁵⁶ e Depression Diagnosis from the Geriatric Mental Automated Geriatric Examination for Computer Assisted (GMS-AGECAT)⁵⁸.

A presente revisão tem como objetivo caracterizar a incidência de depressão em idosos, com ênfase na identificação dos fatores de risco. A sistematização dos achados se justifica pela relevância do conhecimento sobre a magnitude do problema

e seus determinantes, servindo de subsídio para o desenvolvimento de ações preventivas¹¹.

Métodos

Durante os meses de julho a novembro de 2016 realizou-se uma busca junto à base de dados PubMed, com os seguintes descritores: *depression* (MESH) OR *depressive disorder* (MESH) OR *depression elderly* (MESH) AND *elderly* (MESH) OR *old aged* (MESH) AND *incidence* (TITULO/RESUMO). Essa revisão foi atualizada de janeiro a março de 2018. O programa Endnote foi utilizado para a organização das referências bibliográficas. Não houve delimitação de idiomas e nem de período temporal para buscas.

Foram incluídos estudos observacionais longitudinais e de base populacional, realizados com indivíduos com 60 anos ou mais e que utilizavam entrevistas baseadas em critérios diagnósticos do DSM ou do CID e/ou instrumentos de rastreamento para aferir depressão. Documentos governamentais do Brasil, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde também serviram de base para a revisão. Foram excluídos artigos com dados oriundos de hospitais, casas geriátricas, centros de especialidades e serviços de atenção primária à saúde, estudos transversais, revisões sistemáticas ou meta-análises, estudos de validação de instrumentos, ensaios clínicos randomizados e controlados e aqueles que destacavam a depressão como fator de risco para outras doenças ou traziam a incidência de transtornos psiquiátricos e doenças crônicas associadas com a depressão.

Para subsidiar a análise, as informações dos artigos selecionados - autor, ano, local, amostra, tempo de acompanhamento e número de acompanhamentos, instrumento, incidência de depressão e fatores associados – são apresentadas no Quadro 1. Os critérios propostos por Downs & Black¹² foram utilizados para avaliar a qualidade dos trabalhos, através de uma escala de 19 itens, sendo que cada item valia um ponto. Embora a revisão não tenha sido realizada em pares, a redação deste artigo atendeu às recomendações do relatório PRISMA¹³ e todas as dúvidas com relação a inclusão e exclusão de artigos, foram sanadas com um dos coautores e com o orientador do trabalho.

Resultados

Foram identificadas 3.281 referências. Após leitura dos títulos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 254 resumos foram lidos e, destes, 102 artigos foram selecionados. Após leitura dos artigos, foram selecionados 21 e, a partir das suas listas de referências, foram incluídos outros cinco, totalizando 26 trabalhos para esta revisão (Figura 1). Os artigos selecionados são, em sua maioria, publicados em língua inglesa (24), havendo duas publicações em português. Quinze avaliaram incidência cumulativa de depressão e onze avaliaram a densidade de incidência.

Em 26 estudos a amostra variou de 192 a 3459 idosos e um estudo incluiu 200.432 idosos. Os estudos foram conduzidos na Austrália, Suécia, Reino Unido, Países Baixos (Holanda), Alemanha, Espanha, Taiwan, Inglaterra - países de renda alta - México, China, Brasil - países de renda média - e Nigéria - renda baixa. Apenas um estudo foi identificado no Brasil. O período de observação variou entre 11 meses¹⁹ a 34 anos¹⁸. E a idade variou de 60 a 90 anos, mas quatro artigos incluíram indivíduos com 55 anos ou mais.

A pontuação no Downs & Black variou de 14 a 19 pontos e média foi de 13,4. A baixa pontuação dos artigos foi decorrente da sucinta descrição da metodologia. Nenhum estudo forneceu dados sobre as estimativas de variabilidade aleatória dos principais achados, nove estudos não descreveram claramente a distribuição dos principais fatores de confusão e oito não tinham poder estatístico suficiente para detectar um efeito importante, com nível de significância de 5%.

Dentre os estudos que avaliaram a incidência cumulativa, apenas o estudo de Forsell e Winblad¹⁴, utilizou entrevistas baseadas no critério diagnóstico do DSM-IV para avaliar depressão maior e após três anos de acompanhamento na Suécia, a incidência estimada foi de 1,4%. O GMS-AGECAT foi utilizado em dois estudos e a incidência encontrada foi de 12,0% após dois anos de acompanhamento na Suécia³² e 12,9% após oito anos de seguimento na Espanha³¹. A presença de sintomas depressivos rastreados através do instrumento CES-D foi avaliada por quatro estudos e a incidência de depressão variou de 15,2% após três anos de seguimento no Brasil³⁷ a 19,7% após cinco anos de seguimento na China⁴⁶. O rastreamento de sintomas depressivos também ocorreu através do GDS e GDS-15 em cinco estudos, com medidas que variaram de 8,4% após dois anos de acompanhamento na Inglaterra²⁶ a 24,2% após 11 meses de acompanhamento no México¹⁹. O instrumento Zung-SDS foi

utilizado por Giltay *et al.*¹⁵, na Holanda que, após 15 anos de acompanhamento, verificou que a incidência de depressão leve era de 44,0% e a severa era de 15,0%.

Dentre os estudos que avaliaram a densidade de incidência, seis estudos utilizaram os critérios diagnósticos do DSM e do CID para avaliar depressão maior: Pálsson *et al.*²⁴, utilizaram entrevistas baseadas no DSM-II-R e após 15 anos de acompanhamento na Suécia verificaram que a incidência de depressão foi 23/1000, Luijendijk *et al.*⁵³, na Holanda, utilizaram entrevistas médicas baseadas nos critérios do DSM-IV e após 12 anos de acompanhamento verificaram que a incidência de depressão foi 7/1000. Gureje *et al.*¹⁷ utilizaram entrevistas psiquiátricas baseadas no DSM-IV e após cinco anos de acompanhamento na Nigéria verificaram que a incidência de depressão foi 104,3/1000. Almeida *et al.*¹⁶ utilizaram entrevistas diagnósticas baseadas no CID-10 e após três anos de acompanhamento na Austrália identificaram uma incidência de depressão de 5/1000. O GMS-AGECAT foi utilizado por dois estudos e a incidência identificada foi 14,4/1000 após quatro anos e meio de acompanhamento na Espanha³⁴ e 141/1000 pessoas em risco após um ano de acompanhamento na Alemanha⁴⁷. A presença de sintomas depressivos com o CES-D foi avaliada por dois estudos e as medidas variaram de 15,1/1000 - para depressão maior -, após três anos de acompanhamento de idosos com depressão leve na Holanda⁴⁸ a 34/1000 após seis anos de seguimento na Alemanha²¹. O GDS-15 também foi utilizado em dois estudos com medidas que variaram de 42,7/1000 após três anos de acompanhamento na Alemanha²⁵ a 68/1000 após quatro anos de acompanhamento na Holanda²⁷. Nascimento *et al.*⁴⁹ utilizou o GHG-12 entre idosos no Brasil e a incidência estimada foi de 46/1000.

Os fatores associados à incidência de depressão nos idosos foram avaliados em 20 estudos e as associações foram expressas por meio de risco relativo (RR) ou odds ratio (OR) ou hazard ratio (HR) ou desvio relativo (z). Os principais fatores investigados foram: socioeconômicos (escolaridade, renda e privações sociais), demográficos (sexo, idade), rede social e de apoio (família, amigos), comportamentais (tabagismo, consumo abusivo de álcool e inatividade física), problemas de saúde (auto percepção de saúde, dor, bronquite crônica, problemas de audição, diabetes, cardiopatias, doenças cerebrovasculares, baixa densidade lipoproteica, infarto agudo do miocárdio, pessimismo e excesso de peso), incapacidades (atividades básicas e

instrumentais da vida diária) e problemas cognitivos (demência e redução da memória subjetiva).

Os resultados de interesse vinculados a estes fatores são apresentados a seguir.

Fatores Socioeconômicos

Quatro estudos avaliaram a associação de fatores socioeconômicos e incidência de depressão e todos apontaram riscos maiores para aqueles com piores condições de vida.

Bojorquez-Chapela *et al.*¹⁹, no México, demonstraram que os idosos que residiam em localidades rurais com infraestrutura inadequada tinham mais probabilidade de apresentarem depressão (OR=1,8; IC95% 1,23–2,63) se comparado com os idosos que residiam em localidades com uma infraestrutura adequada, ou seja, com água, luz, acesso a serviços de saúde, educação, supermercados. Os mesmos autores identificaram que os idosos que sabiam ler e escrever tinham menos chance de desenvolver depressão (OR=0,6; IC95% 0,41-0,91) do que os idosos que não detinham esse conhecimento.

Na Holanda, Koster *et al.*²⁰ observaram que a incidência de depressão foi significativamente maior nos grupos com baixa escolaridade (HR=1,5; IC95% 1,17-1,99) e com baixa renda (HR=1,5; IC95% 1,13-1,94).

Gureje *et al.*¹⁷, na Nigéria, observaram que as mulheres residentes em áreas rurais tinham 2,5 mais chance de desenvolver depressão do que as de áreas urbanas (IC95% 1,4-4,4). Essa associação não foi encontrada entre os homens.

Fatores Demográficos

Onze estudos avaliaram a associação entre a incidência de depressão e os fatores demográficos. Oito verificaram que a depressão é mais incidente em mulheres e três verificaram que o aumento da longevidade aumenta o risco da ocorrência de depressão.

Luppa *et al.*²¹ encontraram um risco de 2,9 (IC95% 1,50-5,73) e Gureje *et al.*¹⁷, de 1,6 (IC95% 1,30-2,06) das mulheres alemãs e nigerianas, respectivamente, apresentarem mais depressão se comparadas aos homens. Bastistoni *et al.*²², no Brasil, observaram que a incidência de depressão nas mulheres foi quase cinco vezes maior do que nos homens (47,6% e 9,8%, respectivamente). Huang *et al.*²³, em Taiwan, observaram que densidade de incidência de depressão entre mulheres

diabéticas, com 65 anos ou mais, foi significativamente maior do que em homens diabéticos (13,92 vs. 9,28/1000). Cámara *et al.*³⁴, observaram que incidência de depressão foi significativamente maior em mulheres (18,7%) quando comparadas aos homens (8,5%) ($z=2,55$; $p=0,011$), na Espanha. Jering *et al.*⁴⁸, verificaram que as mulheres holandesas com depressão leve tinham 2,26 (IC95% 1,08-4,76) vezes mais chance de desenvolver depressão maior se comparadas com os homens. Luijendijk *et al.*⁵³, 2008 verificaram que a depressão entre as mulheres holandesas foi duas vezes maior (RI=8,9; IC95% 7,4-10,8) do que entre os homens (RI=4,5; IC95% 3,3-6,1).

Pálsson *et al.*²⁴, na Suécia, verificaram que a incidência de depressão aumentou de 17/1000 pessoas-ano entre 70 e 79 anos, para 44/1000 pessoas-ano entre 79 e 85 anos. Também observaram que, entre 70 e 85 anos, a incidência de depressão foi de 12/1000 pessoas-ano entre os homens e de 30/1000 pessoas-ano entre as mulheres. Weyerer *et al.*²⁵ relataram risco de incidência de depressão significativamente maior nos idosos com 85 anos ou mais (HR=1,8; IC95% 1,24-2,70) do que naqueles com menos de 85 anos.

Rede social e de apoio

Oito estudos verificaram que a pouca quantidade e a baixa qualidade do apoio que os idosos recebem de seus familiares e amigos contribuem para o aumento na incidência da depressão.

Harris *et al.*²⁶, na Inglaterra, verificaram que idosos insatisfeitos com o apoio de familiares e amigos (OR=4,6; IC95% 2,2-9,9) e aqueles que se sentiam frequentemente solitários (OR=9,3; IC95% 2,9-30,3) tinham mais chance de desenvolver depressão do que aqueles que não relataram a insatisfação. Forsell e Winblad¹⁴, na Suécia, verificaram que os idosos que não receberam visitas ao longo do mês em que foram entrevistados e não tinham amigos e nem conhecidos para conversar livremente tinham mais chance de desenvolver depressão (OR=3,3; IC95% 1,2-5,4). Koster *et al.*²⁰ verificaram que o pequeno número de pessoas com quem tiveram contato frequente e que eram consideradas importante foi um fator preditor para a incidência de depressão (HR=1,5; IC95% 1,19-1,92). Gureje *et al.*¹⁷ demonstraram que as mulheres sem contato regular com os amigos tinham mais probabilidade de desenvolver depressão do que aquelas com contato diário (RR=2,1; IC95% 1,1-3,7). Jering *et al.*⁴⁸ observaram que idosos que recebiam apoio

instrumental de amigos e familiares (HR=0,55 IC95% 0,33-0,91) e aqueles que ofereciam suporte emocional (HR=2,24; IC95% 1,45-3,45) tinham menos chance de desenvolver depressão maior.

Para Bojorquez-Chapela *et al.*¹⁹ e Schoevers *et al.*⁵⁴ a viuvez foi um fator preditor para a incidência de depressão (OR=8,4; IC95% 2,71-26,42) e (OR=8,4; IC95% 2,71-26,42), respectivamente. Stek *et al.*²⁷, na Holanda, verificaram que a institucionalização dos idosos aumentou a incidência de depressão (RR=2,8; IC95% 1,3–6,4).

Fatores Comportamentais

Cinco estudos verificaram que o etilismo, o tabagismo e a intensidade da prática de atividade física estão associados à incidência de depressão.

Luppa *et al.*²¹ e Weyerer *et al.*²⁵ verificaram que o consumo arriscado de álcool (HR=2,3; IC95% 1,9-4,96) – dose diária de > 20 g de álcool para mulheres e > 30 g de álcool para os homens - e o hábito de fumar (HR=1,7; IC95% 1,13-2,53) estiveram associados ao aumento da incidência de depressão, respectivamente. Jeuring *et al.*⁴⁸ verificaram que o hábito de fumar aumentava em 2,53 (IC95% 1,29-4,95) a probabilidade de desenvolvimento da depressão maior entre idosos com depressão leve.

Koster *et al.*²⁰ verificaram que os idosos que realizaram de uma a três atividades físicas nas duas semanas anteriores à coleta de dados tiveram incidência de depressão 37% maior (IC95% 1,01-1,86) se comparado a aqueles que desenvolveram de seis a sete atividades físicas por semana. Park *et al.*⁵⁰ observaram que a realização de atividades físicas acima do nível moderado era fator de proteção para a incidência de depressão (OR=0,44 0,22-0,85).

Morbidade e multimorbidade

Embora qualquer condição grave ou crônica possa ser fator de risco para a depressão, dezoito estudos demonstraram que a autopercepção de saúde ruim, dores moderadas ou graves, doença pulmonar, problemas de audição, problemas de visão, doenças crônicas, doenças cerebrovasculares, cardiopatias, artrite, câncer, baixa densidade lipoproteica, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, arteriosclerose, pessimismo e excesso de peso estão significativamente associados com a referida doença.

Luppa *et al.*²¹ e Harris *et al.*²⁶ relataram que os idosos que avaliaram a sua situação de saúde como ruim ou péssima tinham, respectivamente, 2,6 (IC95% 1,31-5,14) e 12,8 (IC95% 3,5-46,7) mais probabilidade de desenvolver depressão se comparado a aqueles que se consideravam satisfeitos com sua saúde. Para Zarit *et al.*²⁸, a incidência de depressão foi maior entre os idosos que avaliaram sua saúde como ruim ($p < 0,001$) se comparado aos idosos que avaliaram sua saúde como excelente, muito boa e regular.

Para Harris *et al.*²⁶, os idosos que relataram sentir dores moderadas e graves no corpo tinham 3,8 vezes mais chance de apresentar depressão se comparado com aqueles que sentiam dores leves ou que não sentiam dores (IC95% 1,8-8,0).

Koster *et al.*²⁰ verificaram que a doença pulmonar está significativamente associada com a incidência de depressão (HR=1.4; IC95% 1.06–1.94).

Michikawa *et al.*³⁰, no Japão, observaram que a incidência de depressão em homens idosos com zumbido no ouvido foi de 20,5% enquanto que nos homens sem o sintoma a incidência foi de 9,5%.

Jonge *et al.*³¹, na Espanha, viram que a incidência cumulativa de depressão em indivíduos com diabetes foi de 16,5%, significativamente maior ($p = 0,03$) do que em indivíduos sem a doença (12,4%). Para Nascimento *et al.*⁴⁹, no Brasil, idosos com diabetes tinham maior probabilidade de desenvolver depressão (HR=1,59; 1,14-2,20).

Kim *et al.*³², na Coreia, identificaram associação entre doença cardíaca preexistente (OR=2,1; IC95% 1,3-3,3), acidente vascular cerebral (OR=2,3; IC95% 1,0-5,1) e baixa densidade lipoproteica (LDL) (OR=1,3; IC95% 1,1-1,6) com a maior incidência de depressão. Luppa *et al.*²¹ também encontraram associação entre infarto agudo do miocárdio e a incidência de depressão (HR=2,8; IC95% 1,27-6,09).

No Reino Unido, Becker *et al.*³³ relataram que o risco de depressão nos indivíduos com 40 anos ou mais aumentou em pacientes com a doença de Parkinson quando comparado a pacientes sem a doença (OR=1,9; IC95% 1,49-2,40). Identificaram também, que a depressão entre idosos que receberam diagnóstico de doença de Parkinson foi de 2,8 (IC95% 1,70–4,62) entre 60 e 69 anos, de 2,9 (IC95% 2,14–4,09) entre 70 e 79 anos e de 1,4 (IC95% 0,99–1,98) entre 80 anos ou mais, o que foi significativamente maior do que entre idosos sem o diagnóstico e na mesma faixa etária.

Almeida *et al.*¹⁶, na Austrália, observaram que homens com índice de massa corporal (IMC) >30 apresentaram aumento de 31% (IC95% 5%-64%) no risco de depressão se comparado com homens não obesos (IMC ≤ 30). Jeuring *et al.*⁴⁸ observaram que o IMC elevado entre idosos com depressão leve aumenta a probabilidade de desenvolver depressão maior (HR=1,08; IC95% 1,02-1,15). Os mesmos autores observaram que quanto maior o número de doenças crônicas, maior a chance do desenvolvimento da depressão maior (HR=1,48; IC95% 1,14-1,91).

Koster *et al.*²⁰ observaram que a arteriosclerose (HR=1,5; IC95% 1.09–2.05), a artrite (HR=1,48; IC95% 1,21–1,81) e o câncer (HR=1,7; IC95% 1,28–2,31) estão significativamente associados com a incidência de depressão.

Weyerer *et al.*²⁵ verificaram que os idosos com problemas de visão tem 1,4 (IC95% 1.04–1.91) vezes mais chance de desenvolver depressão se comparado com aqueles que não apresentam o problema.

Jeuring *et al.*⁴⁸ observaram que os idosos com duas ou mais doenças crônicas tem mais chance de desenvolver depressão do que os que não são acometidos por nenhuma doença crônica ou aqueles que apresentam apenas uma (HR=1.4; IC95% 1.14–1.91). Para Schoevers *et al.*⁵⁴, idosos que apresentavam alguma doença crônica no estudo de linha de base tinham um risco 1,40 (IC95% 1.08–1.80) vezes maior de desenvolver depressão no seguimento se comparado com os idosos que não apresentavam doença crônica.

Após 15 anos de acompanhamento, o estudo desenvolvido por Giltay *et al.*¹⁵ na Holanda, identificou que o otimismo tem um efeito protetor (OR=0,2; IC95% 0,15-0,36) sobre a incidência de depressão em idosos do sexo masculino.

Incapacidades

Oito estudos identificaram associação significativa entre as incapacidades da vida diária e a depressão.

Para Weyerer *et al.*²⁵, a depressão foi significativamente maior entre os idosos com comprometimento da mobilidade (HR=2,5; IC95% 1,97-3,25) se comparado com os idosos sem o problema. Koster *et al.*²⁰ encontraram que os idosos com maior incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária tiveram 1,8 (IC95% 1,39-2,43) mais chance de desenvolver depressão se comparado com os idosos que não apresentaram tais limitações. Luppá *et al.*²¹ relataram uma chance de 2,6 (IC95% 1,28-5,46) maior dos idosos com incapacidade funcional desenvolverem

depressão se comparado com idosos sem incapacidade. Para Bojorquez-Chapela *et al.*¹⁹, idosos que são funcionalmente independentes são menos propensos a desenvolverem depressão (OR=0,4; IC95% 0,27-0,79) do que os funcionalmente dependentes. Stek *et al.*²⁷ identificaram um risco de 1,9 (IC95% 1,1–3,4) dos idosos com incapacidade funcional apresentarem depressão.

Harris *et al.*²⁶ verificaram que os idosos com maior número de doenças durante o acompanhamento bem como deficiência visual e limitações nas atividades da vida diária tinham três vezes mais chance de desenvolver depressão do que os idosos que permaneceram com os mesmos problemas de saúde do início do estudo (IC95% 1,5-5,8).

Para Zarit *et al.*²⁸ idosos que acreditavam ter níveis médios e baixos de controle sob suas vidas tinham 11,1 mais chance de apresentarem depressão ($p < 0,001$) se comparado com aqueles que acreditavam ter níveis altos de controle. Koster *et al.*²⁰ verificaram que níveis baixos de domínio sob a vida estão significativamente associados com a incidência de depressão (HR=2.01; IC95% 1.59–2.53).

Problemas cognitivos

Cinco estudos verificaram que problemas cognitivos, como demência, redução da memória e mal de Parkinson estão associados à incidência de depressão.

De acordo com Forsell e Winblad¹⁴ pessoas com demência apresentaram mais chance de depressão (OR=2,8; 1,1-4,5). No entanto, a depressão foi maior entre os idosos com menor grau de comprometimento cognitivo do que entre os idosos com manifestações mais graves. Weyerer *et al.*²⁵ também encontraram uma probabilidade de 1,5 (IC95% 1,10-2,10) dos idosos com comprometimento cognitivo leve apresentarem o transtorno depressivo. Os mesmos autores demonstraram que os idosos que apresentaram redução da memória subjetiva tiveram uma probabilidade maior (HR=1,3; IC95% 1,01-1,74) de desenvolverem depressão do que os demais²⁵. Park *et al.*⁵⁰ observaram que os idosos com menor risco de demência tinham menos probabilidade de desenvolver depressão (OR=0,93; IC95% 0,89-0,98). Nascimento *et al.*⁴⁹ verificaram que a incidência de depressão estava associada a problemas cognitivos (HR=1,59; IC95% 1,20-2,37). Jeuring *et al.*⁴⁸ verificaram que o neuroticismo aumentou a chance do desenvolvimento da depressão maior (HR=1,05; IC95% 1,01-1,11).

Uso de medicamentos

Nascimento *et al.*⁴⁹ verificaram que o uso de dois a quatro medicamentos nos 90 dias antes da coleta tiveram uma chance de 1,95 (IC95% 1,21-3,15) maior de desenvolverem depressão, enquanto entre os que utilizavam cinco ou mais medicamentos, a chance foi de 2,19 (IC95% 1,31-3,66).

Discussão

Os estudos apontaram uma grande variabilidade na incidência de depressão em idosos, em função de diferentes metodologias e instrumentos utilizados para diagnóstico e rastreamento da incidência, contextos sociais dos estudos e heterogeneidade da amostra. As medidas de incidência cumulativa variaram de 1,4%¹⁴ a 44,0%¹⁵, enquanto a densidade de incidência oscilou entre 5/1000 pessoas-ano¹⁶ e 141/1000 pessoas-ano⁴⁷. Em geral, estudos que utilizaram o DSM-IV e o CID-10, que estabelecem critérios para diagnosticar e classificar a depressão, apresentaram incidência menor^{14,16}, do que aqueles que aplicaram instrumentos para rastreamento, que identificam sintomas depressivos, mas não estabelecem diagnóstico³⁵. Observou-se que as taxas de incidência dos países de renda média e alta, com exceção de um estudo na Holanda, não excederam 44% e foram similares. A maior incidência de depressão foi relatada por Gureje *et al.*¹⁷ na Nigéria, país com elevados níveis de pobreza.

As desvantagens econômicas e a inadequação da infraestrutura das localidades em que os idosos vivem condicionam seu acesso a serviços públicos de saúde, moradia adequada, alimentos nutritivos, saneamento básico, compra de medicamentos, manutenção do tratamento e, conseqüentemente, ao bem estar e à segurança. Aliados às desvantagens econômicas, os baixos níveis de escolaridade também influenciam a saúde física e mental dos idosos e estão diretamente relacionados com o trabalho e a renda destes indivíduos ao longo da vida. Idosos com menor escolaridade tendem a adotar comportamentos pouco saudáveis e sua dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde pode interferir no diagnóstico e no tratamento de doenças, entre elas, a depressão^{19,36}. Gureje *et al.*¹⁷ verificaram que a maior vulnerabilidade à depressão em mulheres moradoras da zona rural decorre de uma redução da sua rede social e, conseqüentemente, do apoio emocional.

Os estudos também encontraram associação entre a depressão e os fatores demográficos. A maior ocorrência do problema em mulheres pode advir do acúmulo, ao longo da vida, da dicotomia dos papéis de gênero e das relações de poder na sociedade, onde a violência social, o assédio moral, a misoginia, a maior dependência, a menor autoestima e a desqualificação política permeiam as relações familiares, trabalhistas e comunitárias e expõe as mulheres à violência doméstica e à falta de reconhecimento social do trabalho no lar³⁸. Ademais, a maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, desde a menarca até a menopausa, aumenta a probabilidade de obter um diagnóstico e tratamento para depressão^{15,24,25,47}. E, como as mulheres vivem mais que os homens, o sentimento de solidão no final da vida, pode estar associada a ocorrência de depressão^{15,24}. No que tange a idade, verificou-se que o aumento da longevidade, principalmente nas mulheres, está diretamente relacionado ao maior risco de acometimento por alguma doença crônica, entre elas, a depressão.

No processo de envelhecimento, a instabilidade econômica e a dependência física tornam a família e os amigos os principais suportes para o idoso. Por isso, a ausência de uma relação estreita e de confiança com sua rede de apoio aumenta o risco de depressão, principalmente se combinado com a violência intrafamiliar. A institucionalização ou a morte de um cônjuge, familiar ou amigo próximo são condições indutoras de estresse, de perda de papéis sociais, de marginalização e de isolamento e, conseqüentemente, potencializadoras de risco de depressão^{19,27,38,47}. A privação do convívio social a que estavam habituados e episódios agudos de dor, seja devido à saudade, à dor psíquica ou ao sentimento de abandono, podem afetar a identidade, a liberdade e a autoestima dos idosos, levando à depressão^{39,40}.

Os efeitos destes fatores na depressão em boa medida estão relacionados a potenciais danos à saúde física e mental⁸. Isso porque, além dos sintomas depressivos serem mascarados com a bebida alcoólica, a interação entre o álcool e demais substâncias químicas, presentes em medicamentos, inclusive psicoativos, pode gerar outros efeitos nocivos à saúde do idoso. O tabagismo e a inatividade física estão associados com a depressão por serem fatores de risco para várias doenças crônicas e estarem relacionados a fatores que podem levar a importantes perdas de capacidade funcional, como por exemplo, o aumento da adiposidade corporal e da pressão arterial e a redução da massa e da força muscular^{3,8,16,20,41}. Destaca-se que

o risco de depressão associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados^{5,8,21,42}, à semelhança do consumo de bebida alcoólica⁸.

A associação entre os problemas de saúde e a depressão pode ser afetada por fatores socioeconômicos e culturais, coexistência de múltiplas doenças, incapacidades funcionais e cognitivas, aumentando a gravidade dos sintomas experimentados, o risco de hospitalizações e morte dos idosos e diminuindo a autonomia e a adesão à terapêutica proposta^{21,23,25,30,31,43,44,45}.

Além disso, idosos com doenças crônicas e com dores moderadas e graves tendem a autoavaliar sua situação de saúde como ruim ou péssima e, apesar da subjetividade dessa avaliação, destaca-se que a piora da saúde orgânica e a maneira como o idoso se vê em relação ao seu estado de saúde geral associa-se com quadros depressivos⁴⁵. Giltay *et al.*¹⁵ destacam que idosos otimistas têm mais facilidade para lidar com as adversidades cotidianas e buscar apoio social. Além disso, eles estabelecem metas e têm expectativas para o futuro, atitudes que podem exercer um efeito protetor contra a depressão.

Os problemas cognitivos e as incapacidades para o desenvolvimento das atividades da vida diária implicam várias restrições físicas e mentais para os idosos, reduzindo sua capacidade de locomover-se, alimentar-se, vestir-se, pagar suas contas, afetando diretamente sua autonomia e qualidade de vida.

Os idosos que possuem menor grau de comprometimento cognitivo têm a percepção de que sua memória, sua atenção e sua velocidade no processamento de informações estão sendo prejudicadas e que isso pode estar relacionado com um quadro demencial. Essa percepção pode aumentar a probabilidade de idosos com problemas cognitivos leves apresentar quadros depressivos.

Os idosos tendem a ser acometidos por várias enfermidades e conseqüentemente utilizar vários medicamentos, com risco elevado de interação e potencialização de efeitos adversos, entre eles, a depressão.

A presente revisão destaca-se por uma seleção abrangente de estudos que representam distintas realidades socioeconômicas e culturais de todos os continentes, a diversidade de instrumentos de avaliação utilizados nos estudos e sua relação com os achados sobre incidência de depressão em idosos, a opção por não delimitar o período de busca e a avaliação da qualidade dos artigos, através da utilização do

instrumento de Downs & Black. No entanto, a exclusão de artigos com outros transtornos sobrepostos pode ter limitado o número de artigos encontrados.

Para futuros estudos recomenda-se a ampliação das bases de dados e a ênfase na determinação social da doença. Para as políticas de enfrentamento da depressão em idosos recomenda-se a adoção da abordagem multidisciplinar e a ampliação da resposta dos serviços ao problema mediante a promoção da saúde mental, da inclusão do domicílio e da comunidade como espaços de prática profissional e cuidado e da utilização de protocolos e instrumentos de rastreamento de depressão para todos os idosos que buscam os serviços de Atenção Básica à Saúde. Acredita-se que a adoção dessas práticas pelos profissionais de saúde fará com que a depressão seja diagnosticada e tratada precocemente, reduzindo sua participação na carga global de doenças. Ademais, recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente, particularmente na Atenção Básica, e de campanhas de conscientização com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais e a comunidade sobre a depressão.

Referências

1. Máximo GC. *Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil* [tese]. Minas Gerais: Faculdade de Ciências Econômicas; 2010.
2. Paradela EMP. Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2011; 10(2):31-40.
3. Organização Mundial de Saúde Mental (OMSM). *Depression: A Global Crisis*. 20th Anniversary of World Mental Health Day. USA:WSMH; 2012.
4. Drago M e Martins R. A depressão no idoso. *Millenium* 2012; 43 (17):79-94.
5. Rodrigues MA. Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde [tese]. Pelotas: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2009.
6. Aziz R, Steffens DC. What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatr Clin North Am* 2013; 36(4):497-516.
7. Schmall, VL. *Depression in later life: recognition and treatment* [relatório técnico]. PNW 347: Oregon State University, 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
10. Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli JTP.; Rocha LE.; Rigotto RM. (Org.). *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes; 1993.
11. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Epidemiologia Básica*. - 2.ed. - São Paulo: Santos; 2010.
12. Downs, SH e Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(6):377-84.
13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ* 2009; 339.
14. Forsell Y, Winblad B. Incidence of Major Depression in a very elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(5):368-72.
15. Giltay EJ, Zitman FG, Kromhout D. Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *J Affect Disord* 2006; 91(1):45-52.
16. Almeida OP, Calver J, Jamrozik K, Graeme JH, Leon F. Obesity and Metabolic Syndrome Increase the Risk of Incident Depression in Older Men: The Health in Men Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(10):889-98.
17. Gureje O, Oladeji B, Abiona T. Incidence and risk factors for late-life depression in the Ibadan Study of Ageing. *Psychol Med* 2011; 41(9):1897-906.
18. Samuelsson G, Mccamish-Svensson C, Hagberg B; Sundström G, Dehlin O. Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging Ment Health* 2005; 9(6):571-5.
19. Bojorquez-Chapela IB, Manrique-Espinozab BS, Mejía-Arangoa S, Solís MMTR, Salinas-Rodriguez A. Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: Evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging Ment Health* 2012; 16(4):462-71.
20. Koster A, Bosma H, Kempen GI, Penninx BW, Beekman at, Deeg DJ, Th.M J, Eijk V. Socioeconomic differences in incident depression in older adults: the role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factors. *J Psychosom Res* 2006; 61(5):619-27.
21. Luppá M, Luck T, König HH, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *J Affect Disord* 2012; 142(1-3):166-71.

22. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6):1137-43.
23. Huang CJ, Lin CH, Lee MH, Chang KP, Chiu HC. Prevalence and incidence of diagnosed depression disorders in patients with diabetes: a national population-based cohort stud. *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34(3):242-8.
24. Pálsson, SP, Östling S, Skoog I. The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med* 2001; 31(7):1159-68.
25. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Wiese B, Lupp M, Pentzek M, Bickel H, Bachmann C, Scherer M, Maier W, Riedel-Heller SG. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age Ageing*. 2013 42(2):173-80.
26. Harris T, Cook DG, Victor C, Dewilde S, Beighton C. Onset and persistence of depression in older people – results from a 2-year community follow-up study. *Age Ageing* 2006; 35(1):25-32.
27. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Van Der Mast RC, Beekman AT, Westendorp RG. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *Br J Psychiatry* 2006; 188:65-9.
28. Zarit SH, Femia EE, Gatz M, Johansson B. Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old: The OCTO study. *Journal Aging & Mental Health* 1999; (3):119-128.
29. Thumé E. *Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica* [tese]. Pelotas: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2010.
30. Michikawa T, Nishiwaki Y, Saito H, Mizutari K, Takebayashi T. Tinnitus preceded depressive symptoms in community-dwelling older Japanese: A prospective cohort study. *Prev Med* 2013; 56(5):333-6.
31. Jonge P, Roy JF, Saz P, Marcos G, Lobo A. Prevalent and incident depression in community-dwelling elderly persons with diabetes mellitus: results from the ZARADEMP Project. *Diabetologia* 2006; 49(11):2627-33.
32. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Yang SJ, Shin IS, Yoon SJ. Vascular risk factors and incident late-life depression in a Korean population. *Br J Psychiatry* 2006; 189:26-30.
33. Becker C, Brobert GP, Johansson S, Jicke SS, Meier CR. Risk of incident depression in patients with Parkinson disease in the UK. *Eur J Neurol* 2011; 18(3):448-53.
34. Cámara C, Saz P, Lopez AR, Ventura T, Dia JL, Lobo A. Depression in thee lderly community: II, Outcome in a 4.5 years follow-up. *Eur. J. Psychiat* 2008; 3(22):141-150.
35. Mendes-Chiloff, CL. *Estudo SABE: sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2011.

36. Santos MJ e Kassouf AL. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Econ. Aplic* 2007; 11(1): 5-26.
37. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):598-605.
38. Minayo MCS. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
39. Oliveira JBA, Lopes RGC. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo* 2008; 2 (13):217-221.
40. Vaz SF, Gaspar NM. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Rev Enferm* 2011;4:49-58.
41. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr* 2009; 22(6):937-946.
42. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín.* 2003; 30(6): 221-228.
43. Tsai TY, Livneh H, Lu MC, Tsai PY, Chen PC, Sung FC. Increased risk and related factors of depression among patients with COPD: a population-based cohort study. *BMC Public Health* 2013;19(13):976.
44. Nunes, BP. *Multimorbidade em idosos: ocorrência, consequências e relação com a Estratégia Saúde da Família* [tese] Pelotas: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2015.
45. Nogueira, RP. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- 46 Lue, B-H; Chen, L-J; Wu, S-C. Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50:34–38.
- 47 Meller, I.; Fichter, M.; Schröppel, H. Incidence of depression in octo- and nonagenarians: results of an epidemiological follow-up community study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996; 246:93-99.
- 48 Jeuring, HW; Huisman, M, Comijs, HC, Stek, ML; Beekman, ATF. The long-term outcome of subthreshold depression in later life. *Psychological Medicine* 2016; 46:2855–2865.
- 49 Nascimento, KKF; Pereira, KS; Firmo, JOA; Lima-Costa, MF; Diniz, BS; Castro-Costa, E. Predictors of incidence of clinically significant depressive symptoms in the elderly: 10-year follow-up study of the Bambuí cohort study of aging. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015; 30: 1171–1176

50 Park, JE; Lee, J-Y; Kim, B-S; Kim, KW; Chae, SH; Cho, MJ. Above-moderate physical activity reduces both incidente and persistent late-life depression in rural Koreans. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015; 30: 766–775.

51 Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. — 4th ed. Prepared by the Task Force on DSM-IV and other committees and work groups of the American Psychiatric Association. May, 1994.

52 Organização Mundial da Saúde. Cid-10: Classificação Estatística Internacional De Doenças E Problemas Relacionados A Saúde - Vol.1. Edusp, 2014.

53 Luijendijk, HJ; Berg, JF; Dekker, MJHJ; Tuijl, HR; Otte, W; Smit, F.; Hofman, A; Stricker, BHC; Tiemeier, H. Incidence and Recurrence of Late-Life Depression. (reprinted) *Arch Gen Psychiatry*; 2008, 65(12) 1394-1401.

54 Schoevers, RA; Beekman, ATF; Deeg, DJH; Geerlings, MI; Jonker, C; Tilburg, WV. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*; 2000, 59 127 –137.

55 YESAVAGE, J.A.; BRINK, T. L.; ROSE, T., LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, 1983, v. 1, n. 17, p. 37-49.

56 RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*, 1977, v. 1, p. 385-401.

57 COOPELAND, J.R.; DEWEY, M. E.; GRIFFITHS-JONES, H. M. A computadorized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE CAT. *Psychol Med*, 1986, n. 1, v. 16, p. 89-99.

58 Mari JJ, Williams P. 1985. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 15(3): 651–659.

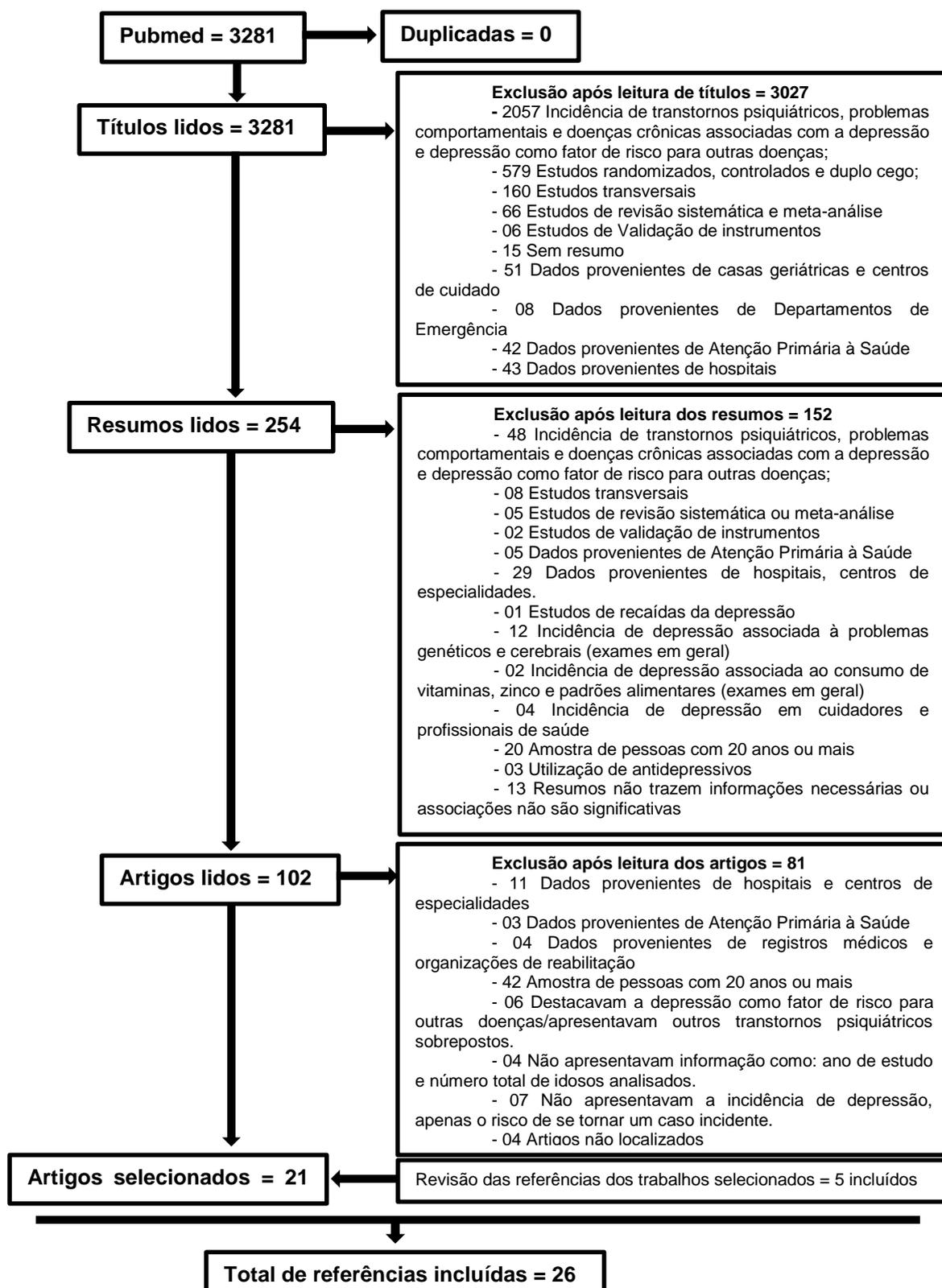


Figura 12. Diagrama do fluxo do processo de seleção dos artigos nas diferentes fases da revisão sistemática.

Quadro 1 - Estudos que avaliaram a incidência cumulativa e a densidade de incidência de depressão em idosos

Autor/ Ano/ Local	Amostra/ Idade	Tempo/ Número de acompanhamentos	Instrumento	Incidência	Fatores associados	D&B
Estudos indicando a incidência cumulativa de depressão em idosos						
Forsell e Winblad, 1999 (Suécia)	875 pessoas 70 anos ou mais	3 anos 3 acompanhamentos	DSM-IV	1,4%	Rede social comprometida Demência	15
Zarit et al, 1999 (Suécia)	254 pessoas 84, 86, 88 e 90 anos	6 anos 3 acompanhamentos	CES-D	9 e 16%	Estado de saúde – auto-avaliado Controle (domínio) da própria vida	17
Schoevers <i>et al</i> , 2000 (Amsterdã)	1940 pessoas 65 a 84 anos	3 anos	GMS-AGEC AT	15,9%	Perda do cônjuge História pessoal Incapacidade funcional Nova doença crônica	16
Samuelsson <i>et al</i> , 2005 (Suécia)	192 pessoas 67 anos ou mais (inclusive institucionalizadas)	34 anos 9 acompanhamentos	CID-10	8%	-	14
Giltay <i>et al</i> , 2006 Holanda(Países Baixos)	464 homens 64 a 84 anos.	15 anos 3 acompanhamentos	ZUNG SDS	44% (depressão leve) 15% (depressão severa)	Idade Pessimismo	16
Jonge <i>et al</i> , 2006 (Espanha)	3.237 pessoas 55 anos ou mais	8 anos 3 acompanhamentos	GMS-AGEC AT	12,9%	Diabetes	17
Koster <i>et al</i> , 2006 (Holanda).	2593 pessoas 55 a 85 anos	9 anos 3 acompanhamentos	CES-D	18,2% com baixa educação 18,9% com baixa renda	Rede social comprometida Pouca atividade física Arteriosclerose Doença pulmonar Câncer Artrite	16

					Controle (domínio) da própria vida Limitações da vida diária	
Harris, T. <i>et al</i> , 2006 (Londres)	1164 pessoas 65 anos ou mais	2 anos 2 acompanhamentos	GDS-15	8,4%	Rede social comprometida Solidão Auto percepção de saúde Dor Estado de saúde – auto-avaliado Número de doenças Incapacidade funcional Problema de visão	17
Kim <i>et al</i> , 2006 (Coréia).	521 pessoas 65 anos ou mais	2 anos 2 acompanhamentos	GMS-AGEC AT	12%	Doenças cardíacas pré-existente Acidente vascular cerebral Baixa densidade lipoproteica	17
Wilson <i>et al</i> , 2007 (Reino Unido)	366 pessoas 80 e 90 anos	1 ano 2 acompanhamentos	GDS-15	12,4%	-	18
Bastistoni <i>et al</i> , 2010 (Brasil)	310 pessoas 60 anos ou mais	3 anos 2 acompanhamentos	CES-D	15,2%	Sexo feminino Baixa escolaridade	15
Lue <i>et al</i> , 2010 (China)	1487 pessoas 65 anos ou mais	5 anos 4 acompanhamentos	CES-D	19,7%	-	17
Bojorquez-Chapela <i>et al</i> , 2012 (México).	2661 pessoas 65 a 74 anos	11 meses	GDS-15	24,2%	Sexo feminino Baixa escolaridade Renda e privações sociais Incapacidade funcional Viuvez	17
Michikawa <i>et al</i> , 2013 (Japão)	535 pessoas 65 anos ou mais	2,5 anos 2 acompanhamentos	GDS	20,5% com zumbido no ouvido 9,5% sem zumbido no ouvido	Zumbido no ouvido (homens)	16

Park et al, 2014 (Coréia do Sul)	701 pessoas 60 anos ou mais	5 anos 2 acompanhamentos	GDS- 15	21,8%	Inatividade física Demência	17
Estudos indicando a densidade de incidência de depressão em idosos						
Meller <i>et al</i> , 1996 (Alemanha)	402 85 anos ou mais	1 ano 2 acompanhamentos	GMS- AGEC AT	140,97/1000	Sexo feminino Mais velhos Institucionalização	15
Pálsson <i>et al</i> , 2001 (Suécia).	392 pessoas 70, 75,79, 81, 83 e 85 anos.	15 anos 6 acompanhamentos	DSM- II-R	23/1000	Mais velhos	17
Stek <i>et al</i> , 2006 (Holanda)	599 pessoas 85 a 89 anos	4 anos 4 acompanhamentos	GDS- 15	68/1000	Institucionalização Incapacidade funcional	17
Cámara <i>et al</i> , 2008 (Espanha)	663 pessoas 78 anos ou mais	4,5 anos 2 acompanhamentos	GMS- AGEC AT	14,4/1000	Mais velhos Sexo feminino	14
Luijendijk <i>et al</i> , 2008 (Holanda)	3459 56 anos ou mais	12 anos 4 acompanhamentos	DSM- IV	7/1000	Sexo feminino	16
Almeida <i>et al</i> , 2009 (Austrália)	12.066 pessoas 65 a 84 anos	3 anos	CID-10	5/1000	IMC >30 – homens	17
Gureje <i>et al</i> , 2011 (Nigéria)	1408 pessoas 65 anos ou mais	5 anos 2 acompanhamentos	DSM- IV	104,3/1000	Sexo feminino Residentes em área rural Rede social comprometida	18
Luppa <i>et al</i> , 2012 (Alemanha)	603 pessoas 75 anos ou mais	8 anos 6 acompanhamentos	CES-D	34/1000	Sexo feminino Consumo de álcool Estado de saúde ruim – auto- avaliado Infarto agudo do miocárdio Incapacidade funcional	18
Weyerer <i>et al</i> , 2013 (Alemanha).	292 pessoas 75 anos ou mais	3 anos 2 acompanhamentos	GDS- 15	42,7/1000	Mais velhos Incapacidade funcional Comprometimento cognitivo Problema de visão Consumo arriscado de tabaco	18

Nascimento et al, 2015 (Brasil)	1606 pessoas 60 anos ou mais	10 anos	GHG-12	46/1000	Dor Problemas cognitivos Diabetes Utilização de medicamentos	17
Jeuring et al, 2016 (Holanda)	341 pessoas 55 a 85 anos	3 anos 3 acompanhamentos	CES-D	15,1/1000	Sexo feminino Rede social comprometida Neurotismo IMC >30 Consumo de álcool Número de doenças crônicas Tabagismo	19

ARTIGO ORIGINAL 1

Será submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

Incidência de sintomas depressivos e seus potenciais determinantes na população idosa do município de Bagé-RS

Incidence of depressive symptoms and their potential determinants in the elderly population of the municipality of Bagé-RS

Pâmela Moraes Völz.

Alitéia Santiago Dilélio.

Karla Pereira Machado

Marciane Kessler

Louriele Wachs

Mariângela Uhlmann Soares

Elaine Thumé

Luiz Augusto Facchini.

Resumo:

Objetivo: Avaliar a incidência cumulativa de depressão e seus potenciais determinantes na população idosa, residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Foi desenvolvido um estudo de coorte entre 2008 e 2016/2017, com idosos, moradores da zona urbana do município. A análise longitudinal de incidência cumulativa foi restrita à 615 idosos com informações completas na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), tanto na linha de base como no seguimento, e que não apresentavam depressão no ano de 2008. Para os cálculos de razões de incidência bruta e ajustadas e IC95%, foi utilizada a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância, incluindo as variáveis da linha de base pela forma de STEPWISE. **Resultados:** Observou-se que, em 2008, 523 idosos não apresentavam depressão e 92 haviam sido rastreados com a doença. Em 2016/2017, dos 523 indivíduos sem depressão na medida de linha de base, 10,3% apresentaram resultado positivo no rastreamento (casos incidentes), enquanto 89,7% dos idosos permaneceram livres do problema. Dos 92 idosos com depressão em 2008, 32,6% continuaram referindo a sintomatologia depressiva e 67,3% apresentaram remissão dos sintomas. Pertencer à classe econômica D/E, referir diagnóstico de problema pulmonar e ter realizado consulta médica nos últimos três meses se associaram com maior risco de apresentar rastreamento positivo para depressão. **Conclusão:** Os resultados reforçam o caráter multidimensional e dinâmico da depressão, que alterna episódios curtos e longos, podendo se tornar recorrente e de curso crônico, destacando sua relevância para a saúde pública e sua dependência do contexto social. As políticas públicas de enfrentamento do problema entre os idosos requerem cuidados mais efetivos e personalizados, além de ações de prevenção e promoção da saúde.

Descritores: Incidência; Idosos; Depressão; Estudos longitudinais; Doença respiratória;

Abstrat:

Objective: To evaluate the cumulative incidence of depression and its potential determinants in the elderly population living in the urban area of Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methodology:** A cohort design was conducted between 2008 and 2016/2017, with elderly, who lived in an urban area of the Bagé. The longitudinal cumulative incidence analysis was restricted to 615 elderly people with complete information on the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and who did not have depression in the year 2008. A Poisson regression was applied to examine the adjusted and unadjusted determinants of depression incidence. **Results:** In 2008, was observed 523 elderly people did not have depression and 92 were screened with the disease. The longitudinal monitoring in 2016/2017, shows that of the 523 individuals without depression, 10.3% incidence for depression, while 89.7% of the elderly remained free of the problem. Of 92 elderly people with depression in 2008, 32.6% continued to report depressive symptoms and 67.3% presented remission of symptoms in the following. Some factors were associated with a higher risk of presenting positive screening for depression: belonging to the economical class D/E, referral diagnosis of lung problem and having performed medical consultation in the last three months. **Conclusion:** The results reinforce the multidimensional and dynamic character of depression, which alternates between short and long episodes, which may become recurrent and chronic, highlighting its relevance to public health and its dependence on the social context. Public policies to address the problem among the elderly require more effective and personalized care, as well as prevention and health promotion actions.

Keywords: Incidence; Depression, Aged; Follow up studies; Respiratory diseases;

Introdução

A depressão é um relevante problema de saúde pública, sendo a principal causa de incapacidade física e mental no mundo e uma das principais contribuintes para a carga global de doenças (OMSM, 2012). Em 2017, estima-se que 4,8% da população mundial é afetada por depressão, acometendo 5,8% dos brasileiros (WHO, 2017).

Entre os idosos, a depressão caracteriza-se como o transtorno mental mais frequente, associado a elevado grau de sofrimento psíquico, maior risco de morbidade e mortalidade, negligência no autocuidado, maior utilização de serviços de saúde, menor adesão ao tratamento medicamentoso e a regimes terapêuticos, além da consequente redução da qualidade de vida (STELLA, 2002; LEANDRO-FRANÇA & MURTA, 2014; TESTON, 2014; IBANEZ, 2014). Estudo desenvolvido por Munhoz et al (2016), utilizando o instrumento de rastreamento PHQ-9, verificou que a prevalência de depressão entre idosos no Brasil é de 1,80% entre pessoas com 60 e 69 anos, 1,83% entre pessoas com 70 a 79 anos e de 2,46% entre 80 anos ou mais e, na região Sul do Brasil, as prevalências foram de 1,88%, 1,98% e 2,06%, respectivamente. Cabe destacar, no entanto, que dependendo do instrumento, do ponto de corte utilizado e da gravidade dos sintomas, a prevalência de depressão em idosos pode variar.

Os determinantes da incidência de depressão em idosos incluem questões sociais, comportamentais, culturais, ambientais, econômicas, políticas e familiares. O sexo feminino, a idade avançada, a baixa escolaridade, o baixo nível socioeconômico, a rede social comprometida, as múltiplas morbidades crônicas, o pessimismo, o sedentarismo, o comprometimento cognitivo, a incapacidade funcional e o consumo arriscado de álcool e tabaco aumentam a incidência de quadros depressivos (FORSELL & WINBLAD, 1999; SCHOEVERS, 2000; GILTAY, 2006; JONGE, 2006; KOSTER, 2006; HARRIS, T., 2006; BOJORQUEZ-CHAPELA, 2012; PARK, 2014).

No Brasil, pouco se sabe sobre a incidência de depressão entre as pessoas com 60 anos ou mais, particularmente em termos de seus determinantes e de suas consequências para a saúde da população idosa. Apenas dois estudos brasileiros foram identificados com essa temática. O Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável - Projeto PENSA - realizado com idosos de 60 anos ou mais, residentes em comunidade, encontrou uma incidência cumulativa de depressão de 15,2%, após 3

anos de acompanhamento em Juiz de Fora/MG (BATISTONE, 2010). Já o Projeto Bambuí, desenvolvido com idosos de 60 anos ou mais, residentes na sede do Município de Bambuí, encontrou uma densidade de incidência de 46/1000 pessoas-ano, após 10 anos de seguimento (NASCIMENTO, 2015). Apesar da escassez, estudos de incidência são fundamentais para subsidiar políticas de fomento à prevenção e atenção integral à depressão, melhorando a recuperação dos indivíduos, promovendo os direitos humanos e reduzindo a mortalidade, morbidade e incapacidade das pessoas com transtornos mentais.

Neste contexto e em sintonia com o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (WHO, 2017) e o Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental (2013-2020) (WHO, 2017), o presente estudo avalia a incidência de depressão e seus potenciais determinantes na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

Métodos

O estudo de coorte utilizou uma amostra de idosos, com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana do município de Bagé/RS que participaram do estudo “Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica”, no ano de 2008 (THUMÉ, 2010).

Na região sul, Bagé possui uma população estimada de 122.209 habitantes e uma densidade demográfica de 37,96 hab/km² (IBGE, 2017). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, era de 0,746, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,848, seguida de Renda, com índice de 0,739, e de Educação, com índice de 0,647. Além disso, Bagé se destaca por possuir uma Secretaria de Assistência Social, Habitação e Direito do Idoso e por apresentar elevada proporção de pessoas com 60 anos ou mais (14,7% em 2015) (IBGE, 2017).

A amostra inicial foi selecionada por busca sistemática nas áreas de abrangência das 20 Unidades Básicas de Saúde do município - 15 seguiam o modelo da Estratégia de Saúde da Família e 5 o modelo Tradicional - e, todos os indivíduos com 60 anos ou mais de idade, que residiam nos domicílios selecionados, foram

considerados elegíveis e convidados a participar da pesquisa. Ao interior das microáreas das Estratégias de Saúde da Família e dos quadrantes das UBS Tradicionais, a partir de um ponto sorteado aleatoriamente, foi utilizado um pulo de cinco domicílios, garantindo uma adequada distribuição dos domicílios no território. Informações detalhadas sobre a metodologia do estudo de linha de base (2008) foram descritas por Thumé et al (2010).

Dentre os 1.713 idosos selecionados, 1.593 foram entrevistados - 852 moradores das áreas de cobertura da ESF e 741 moradores das áreas de cobertura das UBS Tradicionais - totalizando 76 perdas e 44 recusas não revertidas, totalizando um percentual de 7%.

Informações detalhadas sobre a metodologia do estudo de linha de base (2008) foram descritas por Thumé et al (2010).

Nos anos de 2016/2017, por meio da lista com nome e endereços dos idosos amostrados naquele ano, todos os participantes foram procurados e convidados a participar novamente do estudo, constituindo, assim, a coorte Saúde do Idoso Gaúcho de Bagé (SIGa-Bagé). Do total de idosos que participaram do estudo em 2008, 636 (40,0%) haviam falecido, 60 mudaram-se para outra cidade e/ou foram institucionalizados, 80 não foram localizados após 3 tentativas e 81 recusaram a entrevista, totalizando 13,8% de perdas e recusas. Da amostra total, 736 (46,2%) idosos foram entrevistados na medida de seguimento.

A coleta de dados foi realizada no próprio domicílio do idoso, por entrevistadores capacitados. Para tanto, foram utilizados Personal Digital Assistants (PDAs) previamente testado. O controle de qualidade foi realizado com a repetição parcial de 10% das entrevistas, contendo perguntas-chave para avaliar a confiabilidade do instrumento.

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage et al (1983) - GDS-15 - foi utilizada como instrumento de rastreamento nos dois acompanhamentos. A escala contém 15 perguntas e oferece medidas válidas para a avaliação e o rastreio de sintomas depressivos em idosos. Com respostas dicotômicas (sim/não), a escala aborda questões psiquiátricas, referentes ao sentimento do idoso na maioria dos 30 dias anteriores à entrevista. O escore igual ou maior que 5 indica um caso rastreado, produzindo índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de

73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo de acordo com a CID-10 (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999).

Para analisar os potenciais determinantes da depressão, foram utilizadas as seguintes variáveis de 2008: sexo (masculino/feminino); idade (menos de 75 anos/mais de 75 anos); cor da pele autorreferida (branco/preto/pardo/amarelo ou indígena); situação conjugal (casado ou com companheiro/solteiro, separado ou viúvo); escolaridade (nenhum/1 a 7 anos/ 8 ou mais), classificação econômica pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (A e B/C/D e E); trabalho no último mês (não/sim); aposentadoria (não/sim); número de moradores no domicílio (mora sozinho/1 a 2 pessoas/3 ou mais); costuma ficar sozinho em casa durante o dia (nunca ou cerca de uma hora/às vezes ou sempre); saiu de casa na última semana (nunca/às vezes ou sempre); rede social (nível de apoio forte - 12 pontos ou mais/nível de apoio fraco - cinco a nove pontos); tabagismo autorreferido (fumante/ex-fumante ou não fumante); consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias (sim/não); autopercepção de saúde por meio de escala verbal (ótima ou boa/ regular, péssima ou ruim); diagnóstico médico de hipertensão arterial (não/sim), diagnóstico médico de diabetes mellitus (não/sim), diagnóstico médico de doenças do aparelho respiratório - DPOC, bronquite, enfisema pulmonar, asma (não/sim); diagnóstico médico de problemas cardíacos (não/sim); diagnóstico médico de reumatismo, artrite ou artrose (não/sim); autopercepção da visão por meio de escala verbal (ótima ou boa/regular, péssima ou ruim); autopercepção da audição por meio de escala verbal (ótima ou boa/regular, péssima ou ruim); quedas no último ano (não/sim); atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais da vida diária - AVD/AIVD através da escala de Katz (sem incapacidade/com incapacidade); satisfação com a vida autorreferida (insatisfeito/satisfeito); consulta médica no últimos 90 dias (não/sim); modelo de atenção básica (tradicional/ESF).

Os dados coletados foram processados no programa estatístico Stata, versão 12,0 (StataCorp, CollegeStation, Texas, USA). A análise longitudinal de incidência cumulativa foi restrita àqueles idosos com informações completas na GDS-15, tanto na linha de base como no seguimento, e que não apresentavam depressão no ano de 2008.

Para os cálculos de razões de incidência bruta e ajustadas e IC95%, foi utilizada a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância, incluindo as variáveis da

linha de base pela forma de STEPWISE, ou seja, só foram incluídas na análise ajustada as variáveis com $p \leq 0,20$. Na análise ajustada, para estudar o efeito das variáveis independentes sobre o desfecho, foi utilizada a regressão de Poisson (BARROS, 2003), levando em consideração o efeito do delineamento. Obtiveram-se as respectivas Razões de Incidência (RI) e seus IC95%. Empregou-se um modelo hierárquico de três níveis de determinação. O primeiro nível foi composto pelas categorias de variáveis socioeconômicas, demográficas e familiares, no segundo nível entraram as categorias comportamentais e rede de apoio social. O terceiro nível contemplou variáveis relacionadas à utilização de serviços de saúde, situação de saúde e incapacidade funcional. As variáveis foram controladas para aquelas do mesmo nível ou dos níveis anteriores, sendo estabelecido o valor de $p \leq 0,20$ para exclusão do modelo de análise. No caso de variáveis ordinais politômicas foi aplicado o teste de tendência linear.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, aprovado em 29/05/2014, sob parecer 678.664, seguindo os preceitos da resolução 466-12.

Resultados

Na medida de linha de base (2008), a amostra de 1593 indivíduos era composta por 1000 mulheres e 593 homens, a idade média era de 70 anos (DP= 8,24), 50,3% era casada ou vivia com companheiro (a) e a prevalência de depressão era de 18,0% (IC95% 16,1-19,9). Na medida de seguimento (2016/2017), a amostra de 736 idosos era composta por 484 mulheres e 252 homens, a idade média era de 78 anos (DP=6,47), 42,1% era casada ou vivia com companheiro (a) e a prevalência de depressão era de 14,0% (IC95% 11,2-16,7). No que tange ao diagnóstico médico de depressão, em 2016/2017, 16,6% referiram ter recebido o diagnóstico de depressão.

Para analisar a incidência, a recorrência, a persistência e a remissão da depressão na população idosa de Bagé/RS, foram utilizados dados de 615 idosos que possuíam informações completas sobre a sintomatologia depressiva na medida de linha de base e na medida de seguimento e que tinham autonomia para responder o instrumento.

Dentre os 615 idosos, observou-se que, em 2008, 523 apresentavam resultado negativo no rastreamento e 92 haviam sido identificados com o problema. Em

2016/17, dos 523 idosos, 54 (RI=10,3%; IC95% 8,0-13,2) apresentaram resultado positivo no rastreamento (casos incidentes), enquanto 469 (RI=89,7%; IC95% 86,0-92,0) permaneceram livres do problema. Dos 92 indivíduos com depressão em 2008, 30 (RI=32,6%; IC95% 23,0-43,0) idosos continuaram referindo a sintomatologia depressiva e 62 (RI=67,3%; IC95% 56,0-76,0) idosos apresentaram remissão dos sintomas.

Na análise bruta, a incidência de depressão em mulheres foi de 12,2%, com um risco 1,77 (IC95% 0,97-3,22) vezes maior do que a dos homens (6,9%). No grupo com 75 anos ou mais, a incidência foi de 16,1%, com um risco 1,78 (IC95% 1,02-3,8) vezes maior do que idosos mais jovens. Entre idosos que não possuíam nenhuma escolaridade a incidência de depressão foi de 17,6%, com um risco 3,66 (IC95% 1,49-9,00) vezes maior se comparados aos idosos que possuíam 8 anos ou mais de estudo (4,8%). Observou-se um aumento da incidência de depressão nos piores níveis econômicos. A incidência de depressão foi de 5,1% na classe A/B (mais rica), passando a 11,0% (RI=3,01; IC95% 1,00-4,54) na classe C e alcançando 15,5% (RI=3,01; IC95% 1,44-6,28) na classe D/E. A incidência de depressão entre os idosos diagnosticados com doenças do aparelho respiratório foi de 26,9%, com risco 2,84 (IC95% 1,43-5,67) vezes maior se comparado com os idosos que não foram diagnosticados com a doença (9,5%). Entre os idosos que consultaram algum médico nos três meses anteriores à entrevista a incidência de depressão foi de 13,1%, com risco 1,81 (IC95% 1,03-3,20) vezes maior se comparados com aqueles que não receberam o diagnóstico da doença (7,2%). Além disso, os idosos que saíram de casa duas vezes ou mais na semana que antecedeu a entrevista apresentaram proteção contra a doença (RI=0,45; IC95% 0,28-0,74), se comparados àqueles que não saíram de casa (7,5%) (Tabela 1).

Posteriormente, controlando-se as variáveis em estudo, mantiveram-se associadas ao desfecho: pertencer à classe D/E (RI=2,24; IC95% 1,08-4,65), sair de casa 2 vezes ou mais por semana (RI=0,45; IC95% 0,28-0,74), referir diagnóstico de problema respiratório (RI=2,50; IC95% 1,19-5,24) e ter realizado consulta médica nos últimos três meses (RI=1,85; IC95% 1,09-3,16) (Tabela 1).

Tabela 1. Análise bruta e ajustada dos determinantes sociais associados à incidência de depressão em idosos de Bagé/RS, 2016/17. (n=523).

	Amostra		Análise bruta			Análise ajustada		
	N	Incidência depressão %	RR	IC 95%	Valor p	RR	IC 95%	Valor p
Sexo								
Masculino	188	6,91	1		0,061	1		0,346
Feminino	335	12,2	1,77	0,97-3,22		1,33	0,73-2,40	
Idade								
Menor que 75	430	9,0	1	-	0,041			0,216
75 ou mais	93	16,3	1,78	1,02-3,08		1,43	0,80-2,55	
Cor da pele								
Branco	426	9,6	1		0,267			
Preto/Pardo/Amarelo/Indígena	97	13,4	1,39	0,77-2,49				
Situação conjugal								
Casado ou com companheiro	297	8,7	1		0,178			0,917
Solteiro ou separado ou viúvo	226	12,3	1,02	0,85-2,34		1,02	0,59-1,79	
Escolaridade (Anos de estudo)								
8 anos ou mais	125	4,8	1		0,011			0,505
1 a 7 anos	300	10,0	2,08	0,88-4,88		1,15	0,41-3,21	
Nenhum	91	17,6	3,66	1,49-9,00		1,59	0,52-4,88	
Classe econômica (ABEP)								
A/B	175	5,1	1		0,013			0,094
C	191	11,0	2,14	1,00-4,54		1,77	0,84-3,74	
D/E	155	15,5	3,01	1,44-6,28		2,24	1,08-4,65	
Trabalho (último mês)								
Sim	92	4,3	1		0,053			0,207
Não	431	11,6	2,66	0,98-7,21		1,91	0,69-5,23	
Aposentadoria								
Sim	376	10,9	1		0,490			
Não	147	8,8	0,81	0,44-1,46				
Número de moradores no domicílio								
Mora sozinho	81	8,6	1		0,857			
1 a 2 pessoas	305	10,8	1,25	0,55-2,83				
3 ou mais	137	10,2	1,18	0,48-2,93				
Costuma ficar sozinho (durante o dia)								
Nunca ou cerca de uma hora	358	10,9	1		0,532			
Às vezes//Sempre	165	9,1	0,83	0,47-1,47				
Saiu de casa (última semana)								
Nunca, cerca de uma hora	127	18,9	1		0,122			0,002
Às vezes/sempre	396	7,5	0,39	0,12-1,27		0,45	0,28-0,74	
Rede social								
Forte	478	20,0	1		0,077	1		0,138
Fraca	30	10,0	0,50	0,23-1,08		1,82	0,82-4,04	
Tabagismo								
Fumante/Ex-fumante	279	9,0	1		0,275			
Não Fumante	244	11,9	1,32	0,79-2,20				
Consumo de bebida alcoólica (último mês)								
Sim	111	5,4	1	0,93-4,83	0,074			0,281
Não	410	11,4	2,12			1,59	0,68-3,70	
Autopercepção de saúde								
Ótima/boa	369	9,8	1		0,507			
Regular, Péssima ou Ruim	154	11,7	1,19	0,70-2,04				

Hipertensão arterial sistêmica (diagnóstico)									
Não	243	10,3	1		0,979				
Sim	280	10,4	1,00	0,60-1,67					
Diabetes mellitus (diagnóstico)									
Não	452	10,2	1		0,778				
Sim	71	11,3	1,10	0,54-2,25					
Doenças do aparelho respiratório (diagnóstico)									
Não	497	9,5	1		0,003				0,015
Sim	26	26,9	2,84	1,43-5,67		2,50	1,19-5,24		
Problema cardíaco (diagnóstico)									
Não	405	9,9	1		0,530				
Sim	118	11,9	1,20	0,68-2,13					
Reumatismo, artrite, artrose (diagnóstico)									
Não	396	9,1	1		0,128				0,379
Sim	126	14,3	1,56	0,89-2,76		1,26	0,75-2,10		
Visão (autopercepção)									
Ótima/Boa	319	9,4	1		0,094				0,936
Regular/Péssima/Ruim	203	10,8	1,57	0,92-2,66		0,97	0,58-1,63		
Audição (autopercepção)									
Ótima/Boa	408	9,6	1		0,276				
Regular/Péssima/Ruim	115	13,0	1,36	0,78-2,38					
Quedas (último ano)									
Não	375	9,9	1		0,591				
Sim	147	11,6	1,17	0,66-2,08					
Incapacidade (AVD)**									
Sem incapacidade	513	10,1	1		0,393				
Com incapacidade	10	20,0	1,97	0,48-8,10					
Incapacidade (AIVD)**									
Sem incapacidade	403	9,9	1		0,571				
Com incapacidade	118	11,9	1,19	0,65-2,19					
Satisfação com a vida									
Insatisfeito	12	25,0	1		0,122				0,281
Satisfeito	511	9,9	0,39	0,12-1,27		0,60	0,23-1,51		
Consulta médica (90 dias)									
Não	249	7,2	1		0,033	1			0,023
Sim	274	13,1	1,81	1,03-3,20		1,85	1,09-3,16		
Modelo de atenção básica									
Tradicional	238	9,2	1		0,480				
ESF	285	11,2	1,21	0,70-2,09					

*Análise realizada com informações de 2008 e 2016/2017.

** AVD - Atividade da vida diária/ AIVD - Atividade Instrumentais da Vida Diária

Discussão

Os resultados demonstraram que a incidência de depressão foi de 10,3% e que pertencer à classe econômica D/E, referir diagnóstico de problema pulmonar e ter realizado consulta médica nos últimos três meses se associaram com maior risco de apresentar rastreamento positivo para depressão. Sair de casa 2 ou mais vezes por semana foi fator de proteção para a ocorrência de depressão.

No ano de 2008, a população idosa apresentava uma prevalência de depressão de 18% (THUMÉ, 2010; BRETANHA, 2013), com diminuição significativa para 14,0% ($p < 0,001$), em 2016/17. Esta tendência de redução da prevalência foi semelhante ao observado em outros estudos longitudinais (STEK, 2004; WILSON, 2007). A incidência cumulativa de depressão em idosos de Bagé/RS foi de 10%, abaixo do encontrado em estudos de coorte realizados em país de renda média, com o mesmo instrumento (BOJORQUEZ-CHAPELA, 2012) e em município brasileiro de mesmo nível de IDHM, com outro instrumento (CIE) (BASTISTONE, 2010). O acompanhamento dos idosos que não apresentavam a doença em 2008 evidenciou que 90% deles continuaram livres dessa condição em 2016/2017. Por outro lado, dentre os 92 idosos localizados no acompanhamento e que haviam sido rastreados com depressão em 2008, cerca de 67% apresentou melhora ou remissão dos sintomas depressivos.

Os resultados reforçam o caráter multidimensional e dinâmico da depressão, que alterna episódios curtos e longos, podendo se tornar recorrente e de curso crônico, destacando sua relevância para a saúde pública. Neste contexto, é necessário que as políticas públicas implantadas sejam efetivas - envolvendo setores distintos, como saúde, educação, seguridade social e economia (ANDRADE, 2010) - e estejam pautadas na prevenção e promoção da saúde entre os idosos. O município de Bagé, especificamente, vem demonstrando preocupação com o envelhecimento de sua população e se tornou referência na área de atenção para a terceira idade. Para garantir os direitos dos idosos, o município conta com uma rede de atenção e proteção composta por uma Casa de Acolhimento Transitório, uma Casa Dia, um Centro do Idoso, Projeto VôVó Legal e uma universidade para a terceira idade. Bagé também possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II) e 86,3% de unidades básicas de saúde (UBS) adotam o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BAGÉ, 2017). Estes investimentos na saúde do idoso podem estar refletidos na alta

taxa de remissão e na baixa incidência da depressão identificadas ao longo do seguimento. O município de Veranópolis, por exemplo, que apresenta um nível de IDHM muito alto e já é reconhecido como a capital nacional da longevidade, investiu na promoção de melhor qualidade de vida e envelhecimento saudável para a sua população, adotando uma série de mudanças nas áreas da saúde, serviços sociais, emprego e renda, moradia, transporte, justiça e desenvolvimento para a população e passou a integrar a Rede Global de Cidades Amigas dos Idosos, título oferecido pela Organização Mundial da Saúde (VERANÓPOLIS, 2017).

A associação entre sexo feminino e incidência de depressão é clássica na literatura, sendo atribuída, por exemplo, às variações hormonais que as mulheres apresentam ao longo da vida (JUSTO & CALIL, 2006), à educação baseada em regras machistas (GOMES & COSTA, 2014), à maior exposição à violência sexual e doméstica (MORAIS, 2009) e à maior utilização de serviços de saúde que acaba influenciando no diagnóstico da depressão (RODRIGUES, 2009). Apesar da incidência em mulheres ter sido 77% maior do que a de homens, a diferença entre gêneros não foi significativa em função do baixo poder estatístico da amostra estudada no acompanhamento, corroborando com limitações observadas nos estudos desenvolvidos na Holanda, com 599 idosos com 85 a 89 anos, na Inglaterra, com 945 idosos com 65 anos ou mais e na Alemanha com 272 idosos com 75 anos ou mais que também não encontraram esta associação (STEK, 2006; HARRIS, 2006; WEYERER, 2013). Independente do poder estatístico do estudo e de achados da literatura, no contexto social estudado merece destaque a elevada participação das mulheres em atividades do Centro do Idoso, que atende mais de 2000 pessoas por mês, promovendo a autonomia e a qualidade de vida destes idosos e reduzindo a probabilidade do desenvolvimento da depressão a alta cobertura da ESF no município, que fortalece o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, promovendo a continuidade do cuidado, facilitando a prevenção e o diagnóstico da depressão. Estudo desenvolvido por Farenzena (2007), no município de Veranópolis/RS, verificou que as mulheres apresentavam uma qualidade de vida maior se comparadas aos homens, isso porque, as mesmas tinham maior participação em grupos de convivência e outras atividades sociais oferecidas pelo município, como, por exemplo, grupo de dança, oficinas de artesanato e atividades religiosas. Algumas análises realizadas para complementar os resultados deste estudo demonstraram que

as mulheres receberam mais diagnósticos de depressão ao longo do seguimento se comparadas com os homens e, conseqüentemente, mais indicação para a realização de tratamento farmacológico ou psicoterápico. Esse resultado coincide com achados de Rodrigues (2009), que identificou entre as mulheres maior utilização dos serviços de saúde e mais facilidade para expor seus sentimentos, oportunizando o diagnóstico de depressão, em comparação aos homens.

Considerando-se a importância de atividades voltadas para a promoção da qualidade de vida de idosos, verificou-se que sair de casa 2 ou mais vezes por semana foi fator de proteção para a ocorrência de depressão. Isso ocorre porque, quando o idoso sai de casa, se comunica com outros indivíduos ao longo do percurso ou desenvolve alguma atividade física ou de lazer, ele fortalece sua autoestima e sua rede social, demonstrando autonomia e melhorando sua saúde física e mental. Estudos desenvolvidos por Harris (2006) e Bojorquez-Chapela (2012) demonstraram que idosos que não se sentiam solitários e que mantinham contato regular com parentes e amigos tinham menos chance de desenvolver depressão, comparados àqueles que se sentiam solitários e que não mantinham contato regular com parentes e amigos.

Observou-se maior incidência de depressão nos piores níveis econômicos, confirmando achados da literatura de forte determinação social da ocorrência da doença (BATISTONI & NERI, 2007; CUNHA, 2012). Apesar do município de Bagé possuir um IDHM alto (0,746) e políticas de saúde voltadas para a população idosa, o estudo verificou que a maior incidência de depressão é encontrada nas periferias do município, onde a vulnerabilidade social é maior, ou seja, onde observa-se uma infraestrutura inadequada, com ruas sem calçamento, baixa qualidade das moradias, precário saneamento básico e falta de acesso a serviços, tais como, educação e proteção social. Estudo realizado no México (BOJORQUEZ-CHAPELA, 2012) também verificou que a inadequação da infraestrutura das localidades em que os idosos vivem aumenta o risco do idoso desenvolver depressão. Tais condições, exclusivas ou combinadas, podem gerar isolamento social, incertezas quanto ao futuro e reduzir a capacidade do idoso em lidar com situações estressoras de maneira adequada (CUNHA, 2012).

Também foi evidenciado que as doenças do aparelho respiratório estão significativamente associadas à incidência de depressão em idosos. As doenças

respiratórias geram uma diminuição prolongada do calibre das vias aéreas e destruição do tecido pulmonar, causando tosse e falta de ar persistentes que acabam levando à piora nas condições físicas, ao medo da morte e a conseqüente depressão (TSAI, 2013). Embora a poluição do ar, os fatores genéticos e a inalação de fumo de tabaco sejam fortes preditores para a ocorrência da doença respiratória, no município de Bagé, não se pode desconsiderar o clima da região - seco no verão e frio e úmido no inverno - que faz com que os vírus se proliferem com mais facilidade em locais fechados, causando resfriados, gripes e doenças pulmonares que acabam debilitando os idosos e favorecendo o desenvolvimento do transtorno depressivo. Esse resultado corrobora com o estudo de Tsai et al (2013), que verificou que a incidência de depressão entre os idosos com diagnóstico de bronquite crônica era maior se comparado aos idosos que não apresentavam o diagnóstico da doença.

A incidência de depressão em idosos também se associou à utilização de serviços de saúde. O estudo identificou a relação entre consulta médica nos três meses que antecederam a entrevista e a incidência de depressão. O estudo desenvolvido na Alemanha, por Luppá et al (2012), verificou que idosos com duas ou mais visitas a especialistas no ano que antecedeu a entrevista também tiveram mais risco de desenvolver depressão no seguimento, se comparado com aqueles que não haviam consultado com esses profissionais. A consulta com médico não determina a ocorrência de depressão, mas é um marcador de necessidades de saúde, como por exemplo, morbidades crônicas, muitas vezes, múltiplas, que requerem a utilização de serviços de saúde, seja para obter receitas de medicamentos, ou para queixas de sintomas físicos, que podem estar relacionados a quadros emocionais e ao subsequente transtorno depressivo. Devido a isso, se faz necessário que os profissionais de saúde estejam atentos às queixas somáticas dos idosos, evitando o sub diagnóstico da depressão (BRASIL, 2006; RODRIGUES, 2009).

A avaliação criteriosa da incidência de depressão na população idosa é um dos destaques do estudo. As taxas de prevalência, incidência, recorrência e remissão encontradas são representativas da população idosa, moradora da zona urbana do município de Bagé e fornecem subsídios para a capacitação dos profissionais de saúde no âmbito da saúde mental e para o desenvolvimento de intervenções pautadas na identificação precoce e prevenção do agravamento de sintomas depressivos nos

idosos. O resultado também reflete a necessidade da realização de mais estudos sobre essa temática no Brasil.

Apesar do estudo consistir em duas medidas com intervalo de 8/9 anos, as taxas de prevalência e incidência contrastam com a literatura nacional e internacional, não apenas por diferenças demográficas e de contexto social, mas também porque episódios depressivos de curta duração podem estar subrepresentados. O ideal é acompanhar a população em intervalos mais curtos.

O instrumento escolhido para rastrear a sintomatologia depressiva em idosos, está bem embasado na literatura (ALMEIDA, 1999) por possuir alta sensibilidade e especificidade, além de ser recomendado pelo Ministério da Saúde nos cadernos de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006). No entanto, a GDS-15 foi desenvolvida como critério de rastreamento da sintomatologia depressiva e não como critério diagnóstico. Para minimizar vieses e obter o diagnóstico da depressão, os estudos devem utilizar os critérios diagnósticos do CID-10 ou do DSM-IV.

O estudo teve 40,0% de óbitos, 13,8% de perdas e recusas, o que pode ter reduzido o poder estatístico da análise. Em contraste com estudos anteriores, sexo, idade, escolaridade e rede social não se associaram significativamente à incidência de depressão (BATISTONI, 2010; BOJORQUEZ-CHAPELA, 2012; GILTAY, 2006; HARRIS, 2006). Isso não deve ter ocorrido somente pelo contexto em que os idosos estão inseridos, nem mesmo pela metodologia utilizada, mas pela falta de poder para identificar uma associação significativa entre as variáveis de exposição e a incidência de depressão.

O estudo sugere que a construção de políticas de atenção à saúde e consequentes investimentos em políticas sociais, em ambientes comunitários seguros e em infraestrutura adequada para a população idosa são estratégias importantes para a promoção de melhor qualidade de vida e envelhecimento saudável. Novos estudos longitudinais deverão ser realizados com intervalos menores entre as medidas com o objetivo de verificar a incidência de depressão em idosos brasileiros, principalmente entre os residentes em comunidade, e com isso, subsidiar as políticas de atenção à saúde do idoso.

Referências

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatria*, 1999; 57(2B):421-426.
- ANDRADE, F.B.; FILHA, M.O.F.; DIAS, M.D.; SILVA, A.O.; COSTA, I.C.C.; LIMA, E.A.R.; MENDES, C.K.T.T. Promoção da saúde mental do idoso na Atenção Básica: as contribuições da Terapia Comunitária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010; Jan-Mar; 19(1):129-36.
- BAGÉ. Prefeitura Municipal de Bagé. Disponível em: <http://www.bage.rs.gov.br/pmbwp/>
- BARROS, A.J., HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*, 2003.
- BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6):1137-43.
- BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L. Percepção de classe social entre idosos e suas relações com aspectos emocionais do envelhecimento. *Psicologia em Pesquisa*, 2007; 1(02):03-10.
- BOJORQUEZ-CHAPELA, I.B.; MANRIQUE-ESPINOZAB, B.S.; MEJÍA-ARANGO, S.; SOLÍS, M.M.T.R.; SALÍNAS-RODRIGUEZ, A. Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: Evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging Ment Health* 2012; 16(4):462-71.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRETANHA, A. S. F. B. Prevalência de depressão em idosos e fatores associados. 2013. 110f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2013.
- CASTRO-COSTA, E. Predictors of incidence of clinically significant depressive symptoms in the elderly: 10-year follow-up study of the Bambui cohort study of aging. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2015; 30: 1171–1176
- CUNHA, R.V.; BASTOS, G.A.N.; DUCA, G.F.D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol*, 2012; 15(2): 346-54.
- FARENZENA, W. P.; ARGIMON, I. L.; MORIGUCHI, E.; PORTUGUEZ, M. W. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós*, São Paulo, 2007; 10(2):225-243.

GILTAY, E.J.; ZITMAN, F.G.; Kromhout, D. Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *J Affect Disord*, 2006; 91(1):45-52.

GOMES, H.C.R.; COSTA, N. Violência contra a mulher: uma pesquisa empírica sobre regras descritivas comuns na sociedade ocidental. *Acta comport.* Guadalajara, 2014; 1 (22).

GUREJE, O.; OLADEJI, B.; ABIONA, T. Incidence and risk factors for late-life depression in the Ibadan Study of Ageing. *Psychol Med*, 2011; 41(9):1897-906.

HARRIS, T.; COOK, D.G.; VICTOR, C.; DEWILDE, S.; BEIGHTON, C. Onset and persistence of depression in older people – results from a 2-year community follow-up study. *Age Ageing*, 2006; 35(1):25-32.

IBANEZ, Z.; MERCEDES, B. P. C.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev Bras Enferm*, 2014; jul-ago;67(4):556-62.

IBGE. Censo Demográfico 2017: Sinopse. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/bage/panorama>.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres? Justo, L.P.; Calil, H.M. *Rev. Psiq. Clín.*, 2006; 33 (2):74-79.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S.G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: Conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e profissão*, 2014; 34 (2):318-329.

MORAIS, A.C. Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. 2009. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

MUNHOZ, T.N.; NUNES, B. P.; WEHRMEISTER, F.C.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders* 192 (2016) 226–233.

NASCIMENTO, K.K.F.; PEREIRA, K.S.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; DINIZ, BS; CASTRO-COSTA, E. Predictors of incidence of clinically significant depressive symptoms in the elderly: 10-year follow-up study of the Bambui cohort study of aging. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2015; 30:1171–1176

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL (OMSM). Depression: A Global Crisis. 20th Anniversary of World Mental Health Day. USA:WSMH; 2012.

POPAY, J.; ESCOREL, S.; HERNÁNDEZ, M.; JOHNSTON, H.; MATHIESON, J.; RISPEL, L. Understanding and Tackling Social Exclusion - Final Report to the WHO

Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network. SEKN Final Report February 2008.

QUATRIN, L. B. Capital social e sintomas depressivos em idosos do sul do Brasil. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do vale do Rio dos Sinos.

RODRIGUES, M. A. Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde. 2009. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

STEK, M. L., VINKERS, D. J., GUSSEKLOO, J., VAN DER MAST, R.C., BEEKMAN, A. T., WESTENDORP, R. G. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 2006; 188:65–69.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.I.; COSTA, J.L.R. Depressão do idoso, diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 2002 3(8):91-98.

TESTON, E.F.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Rev. bras. enferm.* [online], 2014; 3(67):450-456.

THUMÉ E. Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica. 2010. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

VERANÓPOLIS. 2017 Prefeitura Municipal de Veranópolis.
<http://www.veranopolis.rs.gov.br/noticias/24/geral/2730/projetos-cidade-amiga-do-idoso>

WILSON, K.; MOTTRAM, P.; SIXSMITH, A. Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007; 22:361–366.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T. L.; ROSE, T., LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, 1983; 17(1):37-49.