



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA



**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
ASSISTIDOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO GERONTO-GERIÁTRICO**

AVELINO MACIEL ALVES DE AGUIAR

RECIFE

2012

AVELINO MACIEL ALVES DE AGUIAR

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
ASSISTIDOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO GERONTO-GERIÁTRICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva – PPGISC do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal

RECIFE

2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Gláucia Cândida da Silva, CRB4-1662

A282p Aguiar, Avelino Maciel Alves de.
Prevalência de depressão e fatores associados em idosos assistidos em serviço especializados geronto-geriátrico / Avelino Maciel Alves de Aguiar. – Recife: O autor, 2012.
115 folhas: il. ; 30 cm.

Orientador: Márcia Carréra Campos Leal.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Envelhecimento. 2. Saúde Mental. 3. Depressão. 4. Estudos transversais. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2012-186)

AVELINO MACIEL ALVES DE AGUIAR

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
ASSISTIDOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO GERONTO-GERIÁTRICO**

Dissertação aprovada em: ____/____/____

Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal – Membro Interno – Orientadora
Departamento de Medicina Social da UFPE

Profa. Dra. Mirella B. Rodrigues Vilela – Membro Externo Titular
Departamento de Fonoaudiologia da UFPE

Profa. Dra. Lilian Ferreira Muniz – Membro Externo Suplente
Departamento de Fonoaudiologia da UFPE

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques – Membro Interno Titular
Departamento de Medicina Social da UFPE

Profa. Dra. Albanita Gomes da Costa Ceballos – Membro Interno Suplente
Departamento de Medicina Social da UFPE

RECIFE

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Sílvio Romero Marques

PRÓ-REITORIA PARA ASSUSTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA

Profa. Dra. Nilcema Figueiredo

VICE-COORDENADORA

Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santos

CORPO DOCENTE

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Profa. Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Profa. Dra. Heloisa Maria Mendonça Morais

Profa. Dra. Luci Praciano Lima

Prof. Dr. Marcelo Luiz Pelizzoli

Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal

Profa. Dra. Maria Luiza Carvalho de Lima

Profa. Dra. Nilcema Figueiredo

Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves

Prof. Dr. Sérgio Souza da Cunha

Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santos

Profa. Dra. Thália Velho Barreto de Araujo

Lindacir Sampaio de Oliveira (Representante dos discentes – Mestrado)

SECRETARIA

José Moreira de Oliveira

À minha mãe, devo-lhe tudo o que tenho e tudo que sou!

Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza e amparo espiritual.

À minha mãe, Antônia Aguiar, que dividiu esse sonho comigo e perdoou todos os meus deslizes e ausências em nome dessa Dissertação.

Ao meu inesquecível pai, José Maciel de Aguiar (in memoriam), pelo exemplo de vida e pela presença, mesmo que não fisicamente.

À querida Professora Dra. Márcia Carréra Campos Leal, pela orientação, aprendizado, incentivo, dedicação, tolerância e compreensão na condução dessa pesquisa.

À Professora Dra. Ana Paula de Oliveira Marques, pelas oportunidades de aprendizagem na área da Gerontologia e pela participação em minhas bancas examinadoras.

À Professora Dra. Lílian Ferreira Muniz, pela disponibilidade em participar das bancas examinadoras de qualificação e defesa. Sempre com sugestões pertinentes para o melhoramento desse trabalho.

Ao Professor Me. Tadeu Rodrigues pela assessoria estatística na realização nessa Dissertação, pela paciência, dedicação e sugestões sempre oportunas.

À amiga Professora Dra. Mirella B. Rodrigues Vilela, pelos nossos vários encontros desde a nossa jornada na Graduação e Pós-Graduação. Bem como, ter aceitado em participar da banca examinadora de defesa da Dissertação.

À Professora Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos, pela disponibilidade em participar da banca de defesa da Dissertação.

Ao amigo João Luis, por toda a trajetória e companheirismo desde antes da nossa inserção no PPGISC. Bem como, por ter a certeza que eu não sonho sozinho com uma Saúde Coletiva mais equânime e universal.

À amiga Paula Alcântara, pela paciência na escuta de meus momentos de angústias e incertezas. Sempre com suas palavras de carinho e otimismo.

Aos colegas do PPGISC, pelos momentos de encontros, aprendizagem coletiva e confraternizações diárias. Em especial a Elisângela Campos e Flávia Castelo Branco pela companhia e incentivo durante toda a jornada em que estivemos juntos.

Aos idosos do Núcleo de Atenção ao Idoso, por terem protagonizado esse estudo, demonstrando humildade e carinho para com a equipe de pesquisa.

À Roberta Ramos, pela convivência, aprendizado e trabalho árduo durante todo o período da coleta de dados.

Às alunas da equipe de trabalho de campo, pela convivência, empenho, dedicação e trabalho sério: Maria Eduarda, Priscila Alves, Cynthia Beatriz e Marina Abreu.

Aos funcionários e estagiários do Núcleo de Atenção ao Idoso, em especial, Mário Agostinho, Neyde Soares e Marcilene, pela acolhida, amizade, apoio e presteza em todos os momentos da coleta dos dados.

Aos docentes do PPGISC, pelos novos e transformadores conhecimentos adquiridos nas diversas áreas da Saúde Coletiva.

Aos Professores, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Dr. Wayner Vieira de Souza, Me. George Tadeu Diniz, Dra. Maria Cynthia Braga e Dra. Maria de Fátima Militão de Albuquerque, pela oportunidade em cursar suas disciplinas que serviram de embasamento para a concretização deste trabalho e aprimoramento profissional.

Ao secretário do PPGISC, José Moreira de Oliveira, pela presteza e solicitude frente aos inúmeros requerimentos.

A todos os meus queridos amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram com suas vibrações e palavras de otimismo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento dessa pesquisa.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil, seguindo tendência mundial, passa por um processo de transição demográfica e epidemiológica, com aumento significativo da população idosa e com ocorrências de doenças crônicas, múltiplas e onerosas. Onde a prevalência elevada e crescente de transtornos mentais está sendo observada em idosos. Diante da complexidade dos fatores que determinam este agravo, estudos que investiguem as características sociodemográficas e de saúde destes indivíduos e a associação destas com a depressão são importantes.

OBJETIVO: Estimar a prevalência de depressão e avaliar a sua associação com fatores sociodemográficos e condições de saúde em idosos atendidos em serviço ambulatorial.

MÉTODO: Estudo descritivo, transversal de base populacional, realizado em uma amostra representativa (n=301) da população idosa atendida em um serviço ambulatorial gerontogeriatrico, tendo como referência os usuários cadastrados no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE. O diagnóstico de sintomatologia depressiva foi definido pela utilização da Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15), onde o ponto de corte em 5/6 (caso e não caso) se mostra adequado quando se levar em conta critérios de acurácia diagnóstica, sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Realizou-se estatística descritiva, teste de associações entre sintomatologia depressiva com as variáveis independentes, utilizando-se o Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher e o teste de comparação entre duas médias. Para verificação do efeito independente das variáveis, foi utilizado um modelo de regressão linear.

RESULTADOS: A prevalência global de sintomatologia depressiva na população estudada correspondeu a 16,3%. Na análise bivariada a prevalência de depressão, quanto as variáveis sociodemográficas, não mostrou associações significativas ($p\text{-value} < 0,05$). Já em relação ao bloco de condições de saúde, as variáveis autopercepção da saúde, comparação com a saúde, capacidade funcional (AVD e AIVD), handicap auditivo, dificuldades para ouvir/escutar e autoavaliação da audição mostraram associação significativa ($p\text{-value} < 0,05$) com a sintomatologia depressiva. Entretanto, quando analisadas independentemente através do modelo linear generalizado binomial, apenas autopercepção da saúde, comparação com a saúde e handicap auditivo se mostraram associadas.

CONCLUSÃO: Observou-se uma prevalência de depressão esperada na população idosa investigada, seguindo a tendência epidemiológica atual descrita na literatura. Estratégias voltadas à identificação dos fatores associados à depressão podem ajudar os diversos profissionais dos serviços de saúde, em equipes multidisciplinar/interdisciplinar, inseridos em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária), a compreender a realidade destes indivíduos, bem como, diagnosticar e propor intervenções mais precoces e adequadas possíveis.

Palavras-chave: envelhecimento, saúde mental, depressão e estudos transversais.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Brazil, following a worldwide trend goes through a demographic and epidemiological transition, with elderly population significant increase and with multiple and costly chronic diseases. Where is being observed the high and the growing of mental disorders prevalence in the elderly. Ahead the factors that determine this prejudice, it is important studies that investigate social demographic characteristics and of the health of these individuals and their association with depression. **OBJECTIVE:** To estimate depression prevalence and assess their association with social demographic factors and health conditions in elderly attended in outpatient service. **METHOD:** Descriptive cross-sectional study based in population, carried out on a representative sample elderly population (n301) attended in an outpatient geriatric service, taking as reference registered users at the Elderly Care Core – NAI/UFPE. The depressive symptomatology diagnosis was define by using the geriatric Yesavage reduced version depression scale (GDS-15), where the cutoff point at 5/6 (case and not case) is appropriate when taking in account accuracy diagnostic criteria, sensitivity, specificity and appropriate reliability. It was carried out descriptive statistics, association testes between depressive symptomatology with variables, using Pearson's Chi-Square and Fisher's exact test and comparison test between two means. To verify variables independent effect, we used a linear regression model. **RESULTS:** The global prevalence of depressive symptoms in studied population corresponded to 16.3%. In the bivariate analysis on depression prevalence, as social demographic variables, no significant associations were shown ($p\text{-value} < 0,05$). In relation to health conditions, only health self-perception variables, compared to the health, functional capacity (AVD and AIVD), and hearing handicap, difficulty to listen-hear and self-evaluation of hearing showed significant association ($p\text{-value} < 0,05$) with depressive symptomatology. However, when independently analyzed through binomial generalizes linear model, only health self-perception, comparison with auditory handicap and health showed associations. **CONCLUSION:** There was expected depression prevalence in investigated elderly population, following the current epidemiological trend described in the literature. Strategies for the identification of factors associated with depression may help the various professionals' services, multidisciplinary / interdisciplinary teams, inserted in any attention level (primary, secondary, or tertiary), to understand individuals reality, as well as, diagnose and to propose as earlier as possible appropriate intervention.

Key Words: aging, mental health, depression and Cross-Sectional Studies.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011.	53
Tabela 2 - Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo as variáveis sintomatologia depressiva, saúde autopercebida, capacidade funcional, déficit cognitivo, luto e internações hospitalares no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011.	55
Tabela 3 - Medidas descritivas, Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo a variável Handicap Auditivo no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011.	57
Tabela 4 - Distribuição da sintomatologia depressiva segundo características sociodemográficas (NAI, Recife, 2011).	58
Tabela 5 - Distribuição da sintomatologia depressiva segundo características de condição de saúde (NAI, Recife, 2011).	61
Tabela 6 - Distribuição da sintomatologia depressiva segundo características do Handicap auditivo e de autoavaliação da audição (NAI, Recife, 2011).	62
Tabela 7 - Resultados do ajuste do modelo inicial (NAI, Recife, 2011).	64
Tabela 8 - Resultados do ajuste do modelo final após aplicação do método <i>stepwise</i> (NAI, Recife, 2011).	64

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

	Página
Figura 1 – Estrutura Etária do Brasil – 1950.	24
Figura 2 - Estrutura Etária do Brasil – 1991.	24
Figura 3 - Estrutura Etária do Brasil – 2000.	24
Figura 4 - Estrutura Etária Projetada, Brasil – 2020.	24
Figura 5 - Resíduo Componente do Desvio do modelo final.	65
Figura 6 - Distância de Cook.	66
Figura 7 - Gráfico de quantis da Normal para distribuição Binomial com envelope.	66
Quadro 1 - Descrição das variáveis utilizadas no ajuste do modelo.	63

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

	Página
APÊNDICE 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido.	103
APÊNDICE 2 - Questionário de coleta dos dados.	105
APÊNDICE 3 - Termo de responsabilidade do pesquisador.	112
ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco.	114
ANEXO B - Carta de Anuência – Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UFPE)	115

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD Atividades de Vida Diária

AIVD Atividades Instrumentais de Vida Diária

BOAS Brazil old age schedule

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CCS Centro de Ciência da Saúde

CID-10 Classificação Internacional de Doenças (10ª edição)

DCNT Doenças crônicas não transmissíveis

DSM-VI Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (4ª edição)

EPIDOSO Epidemiologia do Idoso

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GDS Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)

MEEM Mini-exame do Estado Mental

MS Ministério da Saúde

NAI Núcleo de Atenção ao Idoso

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan - Americana de Saúde

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSI Política Nacional de Saúde do idoso

SABE Saúde, Bem Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe

SM Salário mínimo

UFPE Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	MARCO TEÓRICO	22
2.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL	23
2.2	ENVELHECIMENTO E DEPRESSÃO NO IDOSO	27
2.3	DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO IDOSA	30
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
4.1	– DESENHO DO ESTUDO	39
4.2	– LOCAL DO ESTUDO	40
4.3	– POPULAÇÃO DO ESTUDO	40
4.4	– TAMANHO AMOSTRAL	40
4.5	– CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	41
4.6	– CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
4.7	– VARIÁVEIS A SEREM INVESTIGADAS	42
4.7.1	– Variável dependente	42
4.7.2	– Variáveis independentes	43
4.8	– COLETA DOS DADOS	47
4.9	– ANÁLISE DOS DADOS	47
4.10	– ASPECTOS ÉTICOS	51
5	RESULTADOS	52
6	DISCUSSÃO	68
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80

REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	102
ANEXO	113

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

É fato inconteste que a população mundial vem envelhecendo, em detrimento de uma mudança na situação de elevadas taxas de mortalidade e fecundidade, com populações predominantemente jovens, para uma situação com baixa mortalidade e fecundidade e um aumento da proporção de idosos, caracterizando assim um processo de transição demográfica (CARMO; BARRETO; SILVA JR; 2003; SCHRAMM et al., 2004; WONG; CARVALHO, 2006).

Fatores como a queda na taxa de fecundidade e de redução pronunciada, mas ainda insuficiente, na taxa de mortalidade infantil ocorrida nas últimas décadas, somada à elevação da expectativa de vida em todas as idades, bem como o advento da tecnologia médica tem levado a um processo de “envelhecimento” da população brasileira.

A transição demográfica, no Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, vem ocorrendo de maneira diferente do que aconteceu nos países desenvolvidos, onde esse processo se deu de forma lenta e gradual. Segundo Keller et al (2002), os países europeus levaram, aproximadamente, um século para realizar essa passagem, o Brasil, no entanto, nos últimos trinta anos, dobrou a proporção de idosos de sua população.

Atualmente, não se pode mais dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer. Seguindo projeções temporais, na última década, esse grupo etário foi o que mais cresceu, onde passou de 14,5 milhões (correspondendo a 8% da população total) no Censo realizado no ano 2000, para 18 milhões no último Censo Populacional de 2010.

Paralelo ao processo de transição demográfica, o Brasil passa pelo processo de transição epidemiológica, porém também, de uma forma diferente do observado nos países desenvolvidos, com superposição entre as etapas, recrudescência de doenças e polarização epidemiológica. Esse processo caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento considerado das doenças não transmissíveis e por causas externas, com deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos

e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra, em que a morbidade é dominante.

Sendo assim, o fenômeno do envelhecimento populacional nos remete a uma mudança no paradigma da saúde, onde antes a população de risco era prioritariamente infantil e as doenças em sua grande maioria se apresentavam como infecto-parasitárias, para uma população de risco senescente onde as doenças são crônicas, evolutivas, multifatorial e se desenvolvem de forma silenciosa (ROSA, 2007).

Dessa forma, os processos de transição demográfica e epidemiológica determinam importantes desafios para o Brasil, principalmente para seus frágeis sistemas de saúde e previdenciário, entre eles: população envelhecendo rapidamente com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas, predominância de mulheres (viúvas), diminuição do tamanho das famílias (numero de filhos igual ao número de avós), de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos, aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, seguridade social inadequada (diminui o número de pagantes e aumenta o de beneficiários), aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, aumento do numero de indivíduos de alta dependência e conseqüentemente maiores gastos com a saúde (BRASIL, 2003; CARVALHO; GARCIA, 2003; OPAS, 2009; VERAS, 2009).

As mudanças ocorridas na estrutura populacional trazem uma serie de desafios para os quais o país não está devidamente preparado: o desafio para a família, o desafio da pobreza, o desafio da aposentadoria, o desafio dos asilos e, principalmente, o desafio da promoção da saúde e da formação de recursos humanos específicos.

Somando-se a isso, o processo de envelhecimento populacional em curso no Brasil tem aumentado cada vez mais a frequência de doenças psiquiátricas, onde a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta prevalência elevada e conseqüências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, trazendo alterações de ordem funcional, mental e social (BARRETO et. al., 2006). Onde se apresenta como um problema de saúde de difícil identificação na prática, pois muitas vezes os sintomas podem ser confundidos como sendo “naturais” e próprios do processo de envelhecimento.

No contexto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portaria 2.528/2006, a mesma aponta que tanto a dependência física quanto a mental representa fatores de risco significativos para mortalidade. Essa última muitas vezes é subdiagnosticada ou não

valorizada, acarretando assim grande impacto para saúde pública pelo aumento considerado de internações, uso de medicamentos, entre outros aspectos.

Considerando o exposto, esta pesquisa teve como objetivo o de avaliar a prevalência de depressão e sua associação com fatores sociodemográficos e condições de saúde em idosos atendidos em serviço ambulatorial geronto-geriátrico, tendo como referência os usuários cadastrados no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE. Desta forma, espera-se que as informações contidas nessa pesquisa possam colaborar na elaboração e aprimoramento das ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos associados a este grupo etário.

2. MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO

2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL.

Segundo relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), o Brasil, particularmente nas últimas quatro décadas, vem enfrentando significativas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e conseqüentemente em sua situação de saúde.

Isso decorre devido ao intensivo processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado em nosso país no final do século XX, frente ao acelerado processo de urbanização que resultou, sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 1960, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas.

O processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da taxa de fecundidade (PONTES et. al., 2009).

Os mesmos autores apontam também que o coeficiente geral de fecundidade no Brasil que era de 6,48 (filhos por mulher) em média entre 1900 até 1960, decaiu drasticamente, apresentando uma tendência persistente declinante com um valor médio de 3,37 no intervalo entre 1970 e 2000. Registrando com isso uma fecundidade no ano 2000 quase um terço do valor médio observado no primeiro intervalo, totalizando 2,35 filhos por mulher. Corroborando com esses autores, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), assinalaram uma taxa de fecundidade total ainda menor para 2009, onde a mesma esteve em torno de 1,94 filhos por mulher (resaltando importantes variações segundo a escolaridade das mesmas).

Em decorrência disso, o processo de transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificou a pirâmide populacional. Até os anos de 1960, todos os grupos

etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento. Segundo Lima-Costa e Veras (2003), a pirâmide etária deixa de ser predominantemente jovem para iniciar um processo progressivo de envelhecimento, resultando no estreitamento progressivo da sua base e alargamento cada vez mais acentuado do seu ápice conforme figuras 1, 2, 3 e 4.

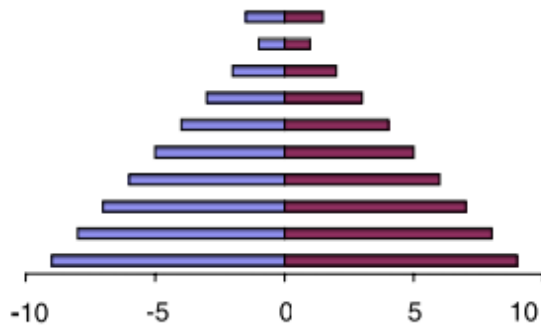


Figura 1
 Estrutura Etária do Brasil – 1950
 Fonte: Fundação IBGE, Censo Demográfico, 1950

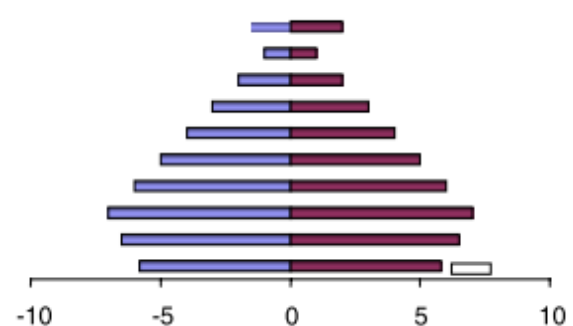


Figura 2
 Estrutura Etária do Brasil – 1991
 Fonte: Fundação IBGE, Censo Demográfico, 1991

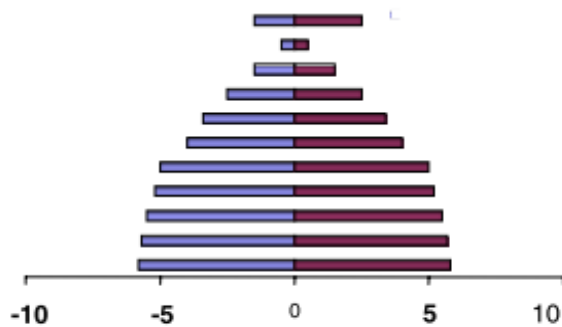


Figura 3
 Estrutura Etária do Brasil – 2000
 Fonte: Fundação IBGE, Censo Demográfico, 2000

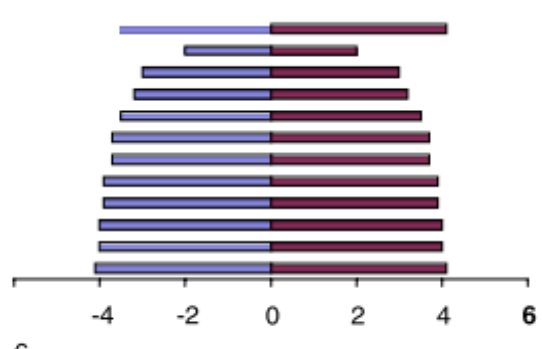


Figura 4
 Estrutura Etária Projetada, Brasil – 2020
 Fonte: Carvalho, 2004

Masculino Feminino

Entretanto, nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países, tais como a Suécia, Dinamarca, Alemanha e Espanha, hoje, apresentam um crescimento negativo da sua população, com a taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade. Somando-se a isso se acompanhou uma elevação na qualidade de vida das populações urbanas e rurais, graças à adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho e de oportunidades educacionais mais favoráveis, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

Já no caso dos países menos desenvolvidos, como no do Brasil, embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, as conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças fatais. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE/PORTARIA 1.395, 1999).

Ainda nesse aspecto, Siegel e Hoover (2000), afirmam que no Brasil, a partir de 1960, teve-se registrado um aumento substancial na expectativa de vida ao nascer. Espera-se assim que até o ano 2020, a expectativa seja de um crescimento bastante acentuado e elevando a média da mesma, nesses sessenta anos, a um aumento de mais de 23 anos.

Somando-se a isso, dados do IBGE (2008), já confirmavam que a expectativa de vida ao nascer de 45,5 anos de idade, em 1940, passaria para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Sendo assim, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60).

Onde dados atuais do referido Instituto (IBGE, 2010), apontam uma expectativa de vida ao nascer de 73,17 anos. Havendo, em relação a 2008, alta de 0,31 anos (3 meses e 22 dias) e, entre 1980 e 2009, alta de 10,60 anos (10 anos, 7 meses e seis dias). Assim, ao longo de 29 anos, esse indicador teve um crescimento médio anual de 4 meses e 12 dias.

De uma forma geral, de acordo com o censo de 2010, os idosos representam (18 milhões de habitantes) 12% da população geral – percentual superior ao encontrado no censo anterior que foi de 8%. Já para o ano 2025 projeções indicam que esse número poderá ser superior a 30 milhões, o que corresponderá a 14% da população total estimada, situando o

Brasil entre os países com maiores índices de envelhecimento humano (VERAS, 2002; CERVI. et. al., 2005). Onde a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (VERAS, 2007).

Outro ponto a se destacar é a “feminização” do envelhecimento, no que tange ao aumento desigual, em números, da expectativa de vida das mulheres em detrimento ao dos homens. Fator esse que pode ser atribuído a aspectos biológicos, diferenças de exposições de risco de mortalidade em todas as faixas etárias masculinas ou outras causas ainda não bem esclarecidas (VERAS, 1994; CAMARANO, 2002; SALGADO, 2002; OLIVEIRA, 2005; LOURENÇO; LINS, 2010).

Sendo assim, em consonância com a transição demográfica, temos mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade da população brasileira, que em meados da década de 1950 as doenças infectocontagiosas representavam 40% das mortes registradas no país, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorre em relação a algumas doenças crônicas e agravos à saúde que em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados (CARMO; BARRETO; SILVA JR, 2003; BARRETO; CARMO, 2007).

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema, segundo as portarias 1.395 e 2.528 do Ministério da Saúde que trata da Política Nacional de Saúde do Idoso (1999, 2006).

Frente a esse envelhecimento da população brasileira, surge assim o conceito de capacidade funcional. Definida como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Pois, tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE/PORTARIA 1.395, 1999).

Ainda segundo essa portaria, para saúde pública esse enfoque surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da

capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas que acometem a saúde multifacetada dessa população.

Considerando também a necessidade de uma atenção conjunta aos aspectos biopsicossociais, bem como estratégias que identifiquem fatores de risco associados ao processo de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, as quais influenciam drasticamente nesse processo junto aos idosos e que repercutem em sua condição de saúde e qualidade de vida. De acordo com Rosa (2007), a depressão se configura como um dos maiores interesses nos estudos sobre envelhecimento, por suas consequências consideráveis na qualidade de vida dessa população.

2.2 ENVELHECIMENTO E DEPRESSÃO NO IDOSO

O envelhecimento é um o processo normal relacionado com o tempo, começa com o nascimento e prossegue durante toda a vida. Este tem sido descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade (GUIMARÃES; CALDAS, 2006). O envelhecimento está, assim, associado a inúmeras alterações com repercussões na funcionalidade, mobilidade, autonomia e saúde.

Como descrito anteriormente, conclui-se que no Brasil pode-se observar uma real expansão demográfica na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo esta a população que mais cresce de acordo com os dados apresentados. Paralelamente às transformações demográficas, temos as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população, que, ao envelhecer, faz aumentar a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

No Brasil, de acordo com as projeções estatísticas dos demógrafos, os idosos aumentarão 280%, passando de 7,5 milhões para quase 30 milhões de pessoas, no período de 1990 a 2020, onde provavelmente seremos a sexta população de idosos do planeta associado a

graves crises econômicas, sem que tenha havido um desenvolvimento social pleno (RAMOS, 1993 apud NARDI; ANDRADE, 2005).

Dessa forma, parte-se de um paradigma de saúde pública no qual a população de risco era infantil em que as doenças eram majoritariamente infecciosas, para um novo paradigma no qual a população de risco é senescente, as doenças são crônicas e evolutivas. Tais doenças, muitas vezes, desenvolvem-se de forma silenciosa e têm origem multifatorial. Além do mais, não é raro que as mesmas se apresentem interligadas, não podendo ser estabelecida uma abordagem única e padronizada.

De acordo com Rosa (2007),

Muitas dessas patologias, se não bem conhecidas e estudadas pelos profissionais de saúde, podem ser erroneamente interpretadas como peculiares do envelhecimento e abordadas de forma não coerente. Este é o caso da depressão, que é uma doença altamente prevalente no idoso.

Onde segundo Drucker (2005), a depressão é uma das doenças de maior interesse nos estudos relacionados ao envelhecimento, por suas consequências na qualidade de vida dos sujeitos, trazendo repercussões altamente importantes para a vida do idoso, tanto sociais quanto individuais, pois afetam não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbidade e cronicidade. Provocando no idoso, muitas vezes, medo, insegurança e dificuldades no acesso aos recursos sociais e de saúde.

Não se pretende como isso destacar que a depressão é algo específico ao envelhecimento, pois a mesma pode estar presente em todas as fases de vida do ser humano. Contudo na velhice a probabilidade de se padecer desta patologia se torna ainda maior devido ao fato do idoso estar propenso a perdas, como por exemplo, a perda do cônjuge, da saúde, dos papéis sociais, entre tantas outras; limitações físicas, abandono e ao fato de apresentar, na maioria das vezes, sentimentos autodepreciativos (PORCU et al, 2002; SIQUEIRA et al, 2009).

A depressão além de repercutir em todos os aspectos de vida do idoso, gera, em termos de carga global, um forte impacto para a saúde pública devido ao fato de ser uma das principais causas de incapacidade, como consequência da diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida, como também a alta taxa de utilização de serviços de saúde. Se

mostrando com uma tendência ascendente nos próximos anos, onde diversas investigações epidemiológicas demonstraram que a depressão impõe uma enorme sobrecarga econômica e social à sociedade. (NARDI; ANDRADE, 2005).

Segundo as autoras citadas acima, “é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para investigar a presença desses sintomas o mais precocemente possível”. Pois, os inúmeros problemas sociais e econômicos dos idosos, adicionados à progressiva debilidade física ocasionada por problemas orgânicos multifatoriais, levam diversos profissionais de saúde a concluir que depressão é uma consequência normal desses problemas – atitude muitas vezes compartilhada pelos próprios idosos que, em geral, raramente se queixam ou utilizam o termo depressão, mas apresentam queixas somáticas vagas e inespecíficas que podem estar mascarando um transtorno depressivo.

Sendo assim, conhecer a situação e as circunstâncias de vida da população idosa é essencial para a prestação de serviços eficazes em termos de custos e para o planejamento de estratégias visando o atendimento e a intervenção. Pois o conhecimento dessa condição e dos fatores a ela associados constitui um passo essencial no processo de planejamento das ações de saúde, Contribuindo assim para diminuição de internações hospitalares e uso de medicamentos, melhora do estado funcional e, por fim, redução dos gastos sanitários (VERAS, 1994; GUERRA; MACIEL, 2006).

Ainda segundo Veras (1994), para se estudar as peculiaridades no que tange a população idosa, o estudo transversal ou de prevalência é o método mais frequentemente utilizado nas pesquisas epidemiológicas, pois é um método que pode fornecer informações descritivas sobre várias características dos membros de uma população alvo. Sendo também uma boa medida da frequência para condições de saúde que geram incapacidades permanentes, além de permitir aos planejadores que determinem o ônus destas condições sobre a comunidade.

Diante dos fatos até agora apresentados, é de suma necessidade que a identificação de fatores que influenciam o surgimento de sintomas depressivos em idosos possa constituir passo fundamental para o planejamento das ações que visem reduzir os efeitos dessa enfermidade na qualidade de vida dessas pessoas. Onde esforços no sentido de identificar os fatores de risco associados com o surgimento de depressão em idosos podem colaborar para a construção de estratégias amplas de intervenção por equipes multiprofissionais. Nesse sentido

faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas para subsidiar o planejamento de ações voltadas para a assistência ao idoso.

2.3 DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO IDOSA

Na atualidade a depressão no idoso é uma questão bastante explorada entre pesquisadores e epidemiologistas por meio de investigações científicas encontradas na literatura nacional e internacional, que revelam projeção notória desta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 90, a depressão vem ocupando uma posição de destaque em relação a outros problemas de saúde pública. Onde segundo projeções da mesma, esta enfermidade, até o ano de 2020 será a segunda moléstia que afetará os países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento (COUTINHO; GONTIÈS; ARAÚJO; SÁ, 2003).

Dados do inquérito de saúde de base populacional, no tocante ao questionário sobre saúde aplicado na PNAD-2003, a qual permitiu traçar um painel do perfil epidemiológico da prevalência de doenças crônicas da população brasileira, apontam que a depressão se encontra na quarta posição no rol das doze doenças crônicas mais frequentes, com prevalência maior entre as mulheres e ápice entre os 70 e 79 anos com tendência a decrescer após essa idade. E que a presença de depressão estaria associada a aumento de limitação de atividades e da demanda por serviços de saúde (BARROS et al, 2006).

Corroborando com o que foi exposto acima, dados de uma pesquisa realizada em Belo Horizonte verificou que a depressão se apresenta como a terceira causa mais prevalente (LIMA-COSTA, 2004). E em um estudo multicêntrico realizado no município de São Paulo, Projeto ISA-SP, a depressão se destaca entre as doenças mais prevalentes na população de 20 anos ou mais (CESAR; CARANDINA; ALVES; BARROS; GOLDBAUM, 2005). Onde esta, em geral, é a uma das condições crônicas encontradas entre as mais prevalentes também em inquéritos realizados em outros países (BARROS et al, 2006).

Sendo assim, em termos de prevalência na população idosa a depressão se apresenta como uma das condições clínicas mais prevalente. Onde estudos epidemiológicos indicam taxas que variam entre 1 a 16% nos idosos que vivem na comunidade, sendo estas taxas ainda mais potencializadas pela associação com outras doenças clínicas (BÓS; BÓS, 2005; SIQUEIRA et al, 2009). Como também, em termos gerais, esse percentual pode variar entre 5 a 35%, considerando sempre as formas e gravidade da depressão, os diferentes contextos no qual vivem estas pessoas, isto é, onde as mesmas estão inseridas, bem como as características individuais, sociais e o instrumento de pesquisa utilizado (CERQUEIRA, 2003; NARDI; ANDRADE, 2005; LEITE et al, 2006).

Em estudo de corte transversal realizado na Coréia, com 1.118 pacientes ambulatoriais, foi observado que a sintomatologia depressiva foi 4,7 vezes mais propensa a se desenvolver em pacientes com uma doença crônica e 6 vezes mais prováveis em pacientes com duas ou mais doenças crônicas. Isto é, os idosos que apresentaram artrite reumatoide, infarto no do miocárdio e acidente vascular cerebral têm mais sintomas depressivos (NA et al, 2007).

Ainda nesse aspecto, um estudo na cidade de Salvador (Bahia), tendo como principal objetivo o de investigar a associação entre doenças crônicas e depressão em 1.120 idosos de um ambulatório de referência, foi constatado que o número de doenças crônicas maior que três foi associado com a depressão, bem como, mais frequente entre as mulheres e entre os menores de 75 anos (DUARTE; REGO, 2007).

Desta forma a depressão esta associada a um aumento de aproximadamente 50% dos custos médicos e crescente evidência sugere que os sintomas depressivos podem estar associados a aumento da morbidade e mortalidade, bem como, por outras doenças tais como diabetes e doenças cardíacas (RAMOS, 2002; KATON, 2003; MAIA et al, 2006, BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010). Onde a deterioração ocasionada pelo depressão leva à perda da autonomia e da independência (MAIA et al, 2006).

Segundo a literatura nacional e internacional, um outro agravo de saúde que poderia estar associado a depressão seria a dificuldade auditiva que gera um forte impacto as condições gerais de saúde da pessoa idosa. Estando relacionada ao aumento da disfunção física e psicossocial (ESPMARK, 2002; ESPMARK, et al, 2002; LAUTENSCHLAGER, 2008), por levar o idoso muitas vezes a situações de frustração e isolamento social e contribuindo assim para a depressão e relações interpessoais disfuncionais (GATES, et al,

2003). Principalmente para aqueles que apresentam esta dificuldade, mas não foram avaliados ou tratados (MENEGOTTO et al, 2011).

Considerando que o aumento da pressão auto-imposta para ser bem sucedido na compreensão da mensagem gera ansiedade e aumenta a probabilidade de falhar nesta tarefa. A ansiedade leva à frustração e a frustração leva à falha; a falha, por sua vez leva à raiva e, finalmente, a raiva leva ao afastamento da situação de comunicação. O resultado disso é o isolamento e a segregação (RUSSO, 2004, p. 62).

Desta forma segundo Teixeira et al (2010), o déficit auditivo origina dificuldades na compreensão da fala, o que determina este afastamento do meio familiar e social. Uma vez que ouvir bem é um requisito importante para a interação social e este isolamento pode estar associado a quadros depressivos (MALHOTRA; CHAN; OSTBYE, 2010).

Ainda segundo Russo (2004), a Organização Mundial de Saúde, em 1980, definiu a incapacidade auditiva e handicap ou desvantagem auditiva como sendo as duas consequências importantes da deficiência auditiva.

A incapacidade auditiva se refere a qualquer restrição ou falta de habilidade para desempenhar uma atividade dentro de uma faixa considerada normal, relacionada aos problemas auditivos vivenciados pelo indivíduo no que se refere à percepção de fala em ambientes ruidosos, televisão, rádio, lazer, sinais sonoros de alerta, música e sons ambientais. Já a desvantagem auditiva (handicap) relaciona-se aos aspectos não auditivos, resultantes da deficiência e da incapacidade auditiva, os quais limitam ou impedem o indivíduo de desempenhar adequadamente suas atividades de vida diária e comprometem suas relações na família, no trabalho e na sociedade. Esta desvantagem é grandemente influenciada por idade, sexo e pelos fatores psicossociais, culturais e ambientais (W. H. O, 1980 apud RUSSO, 2004, p. 62-63).

Dando seguimento, diversos estudos têm demonstrado que a sintomatologia depressiva no idoso esta associada também ao comprometimento cognitivo ou deterioração cognitiva, níveis mais altos de limitação funcional, e maior uso de serviços de saúde (ÁVILA-FUNES et al, 2007; CÓRDOBA, 2008; CREPALDI, 2009). Bem como, encontra-se associada a um risco significativo de suicídio (PFAFF; ALMEIDA, 2004; SINCLAIR et al., 2005), distúrbios do sono, polifarmácia (FARIA; BARRETO; PASSOS, 2008), perda da autoestima, abandono de autocuidados (RAMOS 2003), morte de familiar ou pessoa importante no último ano (GAZALLE et al, 2004) e necessidade de internação nos últimos 6 meses (PREREIRA, 2005).

No tocante ao comprometimento cognitivo, pesquisa realizada com 50 gerontes internados no Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS, durante o período novembro de 2005 a julho de 2006, observo-se que 46,0% apresentaram depressão, correlação entre o mine-exame do estado mental e o escore GDS-15 para depressão e que esta última se mostrou com associação inversa e significativa com comprometimento cognitivo (FERRARI; DALACORTE, 2007). Em outro estudo de corte transversal com 364 idosos em uma cidade do interior de São Paulo, foi possível estabelecer associações estatisticamente significativas entre suspeita de depressão e déficit cognitivo nos sujeitos pesquisados (GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011).

Ainda com relação ao que foi exposto acima, em um estudo realizado com 1.667 idosos (≥ 65 anos) residentes em Vila Clementino, na cidade de São Paulo, por meio de uma avaliação multidimensional da capacidade funcional e dos atestados de óbito referentes a mortes ocorridas entre 1991 (início do estudo) e abril de 2006, observou-se, entre outros aspectos, que a prevalência de depressão foi significativamente maior entre os idosos com a função cognitiva prejudicada do que entre os idosos sem déficit cognitivo (LIMA; SILVA; RAMOS, 2009).

Segundo esses mesmos autores, ambas estão perversamente inter-relacionados, já que a depressão pode muitas vezes levar a quadros clínicos de prejuízos cognitivos e esses últimos geralmente cursam com sintomas de depressão. Entretanto, em pesquisa realizada por Duarte e Rego (2007), anteriormente descrita, não foi possível estabelecer tal associação.

No tocante a capacidade funcional, ou seja, a autonomia que o idoso apresenta para realizar as atividades instrumentais e de vida diária (AVD e AIVD), vários estudos descrevem como fatores associados à dependência para as AVD e AIVD a depressão (NAKATANI, 2003; RAMOS, 2003; NUNES, 2008; LIMA; SILVA; RAMOS, 2009). Em um estudo com delineamento transversal de base populacional, incluindo 310 idosos, acima de 60 anos, residentes na zona urbana da cidade de Natal/RN, foi observado que dependência para AIVD esteve associada de forma independente à presença de sintomatologia depressiva (MACIEL; GUERRA, 2006). Bem como na pesquisa de Gomes, Ruiz e Corrente (2011), ora citada, foi possível estabelecer também associações estatisticamente significativas entre suspeita de depressão e AIVD.

Outro aspecto bastante divulgado na literatura atual é a relação entre a sintomatologia depressiva e autoavaliação da saúde. A mesma tem sido amplamente utilizada como

importante indicador de bem estar individual e coletivo, empregada também como robusto preditor de depressão na população idosa (DACHS; SANTOS; 2006; NERI, 2007; BLAZER, 2008). Pois como a autoavaliação da saúde é algo que o indivíduo relata subjetivamente, esta se mostra diretamente afetada pela presença de depressão (FLECK et al, 2002). Em pesquisa realizada com 1.078 idosos, com idade acima dos 60 anos, na cidade de Porto Alegre (RS), entre as variáveis descritas como variáveis relacionadas à saúde, sintomas depressivos foi a que apresentou maior força de associação com autopercepção de saúde (HARTMANN, 2008). De maneira geral, estes dados corroboram com observações realizadas em outros países, mostrando a existência de associação entre autoavaliação da saúde e sintomatologia depressiva (HAN, 2002).

Quanto às condições socioeconômicas e demográficas, em uma revisão bibliográfica da literatura sobre o tema nas bases de dados MEDLINE, PUBMED, LILACS e SCIELO, entre os anos de 1997 a 2007, foram identificados 140 estudos publicados. Ao final foi observado que os preditores de depressão foram o sexo feminino, idade avançada, condição marital, baixa escolaridade, condição socioeconômica desfavorável, condições de moradia e baixo suporte social. Vale ressaltar que, segundo os autores, os dados ora descritos foram de pesquisas de delineamento longitudinal realizadas em países de primeiro mundo e que diferenças socioeconômicas e culturais importantes para a população idosa brasileira devem ser consideradas (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Considerando ainda as condições supracitadas, em estudo prospectivo com 310 idosos residentes na comunidade, em Juiz de Fora/MG, entre os anos 2002 e 2004, foi identificado que as piores trajetórias de evolução em sintomatologia depressiva (incidência e recorrência) se associaram ao gênero feminino (2,54 vezes maior em relação ao masculino), analfabetos ou com baixa escolaridade tiveram maior risco em relação àqueles com alta escolaridade e faixas etárias específicas não mostraram risco estatisticamente significativo para depressão ao final do estudo (BATISTONI et al, 2010).

Em contraponto, dados de estudo transversal, de base populacional, incluindo 583 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas (RS), verificaram que em relação aos indicadores socioeconômicos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na investigação de depressão (GAZALLE; HALLAL; LIMA, 2004). Bem como, em uma pesquisa realizada com 121 idosos cadastrados nos Centros de Saúde da cidade de Florianópolis/SC, concluiu-se que nenhuma das variáveis

estudadas quanto aos indicadores sociodemográficos (estado civil, idade e renda) se associou com a sintomatologia de depressão (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007).



3. OBJETIVOS

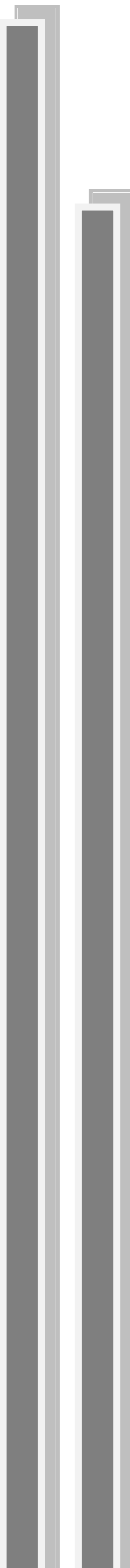
3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência de depressão em idosos assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE e fatores associados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mensurar a prevalência de depressão em idosos assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso NAI/UFPE;
- ✓ Caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas, capacidade funcional, comprometimento cognitivo, desvantagem auditiva (handcap), luto, saúde autopercebida e internações hospitalares;
- ✓ Verificar a associação entre depressão e fatores socioeconômicos e condições de saúde.



4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo de corte seccional quantitativo. Os estudos de corte seccional ou transversal produzem “instantâneos” da situação de saúde da população investigada. Esses instantâneos são produzidos com base na avaliação individual da condição de saúde de cada membro da comunidade ou população estudada. Sendo assim, os mesmos podem ser classificados como individuados e observacionais (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003).

Segundo CAMPOS (1993), buscam revelar o estado de saúde e doença na população, onde são realizados por meio de entrevistas com coletas de informações a partir de amostras representativas da população, sendo geralmente utilizados em programas internacionais de inquéritos populacionais ou nos inquéritos nacionais de saúde.

Cartwright (1983), Kroeger (1985), White (1985) apud Campos (1993), descrevem que os mesmos objetivam identificar, descrever, mensurar ou analisar a natureza dos processos que levam à doença; as necessidades por diversos tipos de cuidados de saúde, segundo a prevalência de doenças ou queixas; o grau de incapacidade resultante de quadros mórbidos e os gastos (tempo, esforço e dinheiro) individuais relacionados à saúde e ao uso dos serviços.

O baixo custo, a simplicidade analítica e o alto poder descritivo podem ser descritos como vantagens de um estudo transversal, segundo Almeida Filho e Roquayrol (2003).

Contudo, como desvantagens se pode destacar a vulnerabilidade a vieses a que está sujeito, em especial aos de seleção e de prevalência e seu baixo poder analítico, o que impede a testagem de hipóteses de causalidade, na grande maioria dos estudos em que esse desenho é utilizado, limitando-se apenas à testagem de hipóteses de associação entre variáveis (GORDIS, 2009; ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, unidade ambulatorial vinculada ao Programa do Idoso – PROIDOSO da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (Portaria Normativa nº 04 de 31 de março de 2004 – BO. UFPE).

O NAI destina-se ao atendimento individual e em grupo de pessoas idosas (60 anos e mais). Tendo por objetivo a promoção e o incentivo de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde dos idosos assistidos, considerando os recursos disponíveis e o trabalho em equipe multidisciplinar.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população selecionada para o estudo foi constituída por idosos de ambos os sexos, não institucionalizados, cadastrados no NAI/UFPE, que tiveram atendimento Médico ou de Enfermagem, entre janeiro de 2006 a dezembro de 2010, correspondendo a um total de 1384, de acordo com o registro dos prontuários existentes no serviço.

4.4 TAMANHO AMOSTRAL

Para a seleção da amostra foi estruturado um banco de dados com todos os prontuários dos idosos de ambos os sexos, que tiveram atendimento ambulatorial por profissional médico ou de enfermagem no NAI/UFPE, entre janeiro de 2006 a dezembro de 2010 (composto por dados de identificação dos idosos, tais como: nome, data de nascimento, idade, sexo, telefone para contato, etc). A seleção dos indivíduos se deu por sorteio, de modo a compor uma amostra aleatória estratificada. Foi mantido o critério de proporcionalidade existente na população de origem, em termos de quantitativo de idosos distribuídos por sexo.

Na determinação do tamanho amostral se considerou uma prevalência esperada da variável “depressão nos idosos” de 50%. Optou-se por esse valor, apesar de maximizar o tamanho amostral, uma vez que os estudos sobre depressão em idosos na literatura especializada, não apresentam consenso em termos dessa classificação, e as populações investigadas têm características diferentes em relação à do estudo em questão. O erro máximo aceitável foi estimado em 5% e um nível de confiança de 95%.

Utilizando-se assim da fórmula abaixo para determinação do tamanho amostral:

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

onde:

n = Tamanho amostral;

z = 1,96 = valor da curva normal relativa à confiabilidade 95,0%.

p_e = 0,50 = Proporção esperada igual a 50,0%.

e = 0,05 = erro de 5,0%;

N = tamanho populacional igual a 1.384 idosos.

Logo, o tamanho amostral necessário determinado foi de 301 idosos, com a divisão de proporcional a amostra se dividiu em 221 idosos do gênero feminino e de 80 do gênero masculino. Onde o cálculo foi realizado através do programa EPI-INIFO, versão 6.04d para DOS, seguindo critérios estabelecidos por Zar (1999).

Ressalta-se que após o sorteio simples da amostra, foram realizados outros sorteios aleatórios para completar a mesma. Onde isto se deu frente à impossibilidade se prever uma margem de perdas diante das especificidades da clientela estudada. Pois, foram observados óbitos, condições graves de saúde geral que impossibilitavam a ida do idoso ao NAI, dependência de terceiros para se deslocar, entre outros aspectos. Sendo assim, este procedimento foi repetido até que a amostra estivesse sido completada.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a participação dos idosos no estudo:

- ✓ Estar cadastrado no NAI/UFPE no período do estudo, com atendimento médico ou de enfermagem;
- ✓ Ter idade mínima igual ou acima de 60 anos – condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei n° 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso;

- ✓ Participar do estudo de forma voluntária, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 01).

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- ✓ Foram excluídos os idosos que apresentaram enfermidades ou agravo à saúde em geral que pudessem comprometer o andamento e/ou a aplicação do roteiro de entrevistas, bem como a ida ao idoso ao local de coleta das informações (NAI).

4.7 VARIÁVEIS INVESTIGADAS

4.7.1 Variável dependente

Depressão dos idosos foi identificada pela Escala de Depressão Geriátrica – Abreviada de Yesavage – GDS (apêndice 02).

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15) se apresenta atualmente como um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreio diagnóstico de sintomas depressivos e/ou acompanhamento de depressão no idoso (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; SOUZA, et al., 2007; FERRARI; DALACORTE, 2007).

A mesma consiste em 15 (quinze) questões com respostas dicotômicas (sim/não) de fácil aplicação, onde para Paradela; Lourenço; Veras (2005), o ponto de corte em 5/6 (caso e não caso) se mostra adequado quando se levam em conta critérios de acurácia diagnóstica, sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.

4.7.2 Variáveis independentes

Foram coletadas informações mediante o preenchimento de um Roteiro de Entrevistas (APÊNDICE 02).

I – Dados Sociodemográficos

- ✓ **Idade** – considerada em anos completos a partir da data de nascimento e coleta dos dados;

- ✓ **Sexo** – Masculino ou feminino.
- ✓ **Escolaridade** – Foi categorizada em anos de estudo com aprovação atendendo aos seguintes intervalos: Nenhum (analfabeto), 01 a 04 anos, 05 a 08 anos; 09 a 11 anos, 12 ou mais anos;
- ✓ **Estado conjugal** – casado (a) ou em união estável, solteiro (a) (nunca se casou ou morou com companheiro (a)), viúvo (a) e separado ou divorciado;
- ✓ **Arranjo familiar** – número e parentesco de pessoas que coabitam na mesma residência do idoso, categorizada da seguinte maneira: esposo (a) ou companheiro (a), filho (a) ou enteado (a), genro/nora, neto (a), irmão (a) ou cunhado (a), outros parentes, amigo (a) ou conhecido (a), mora sozinho (a), e a quantidade. Para critérios de análise, optou-se por reagrupar tais categorias da seguinte forma: mora sozinho (a), com companheiro (a), com companheiro (a) e familiares, com familiares (sem o companheiro (a)).
- ✓ **Situação previdenciária** – distribuída nas seguintes categorias: aposentado (a); pensionista; aposentado (a) e pensionista; não aposentado (a).
- ✓ **Renda** – rendimento mensal total distribuído nos seguintes intervalos: menos de um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, de dois a quatro salários mínimos, mais de quatro salários mínimos e sem renda. Tomando como sendo 01 (um) salário mínimo o valor vigente ao período da coleta dos dados, ou seja, R\$ 545,00.
- ✓ **Contribuição na renda familiar** – foi questionado se o idoso (a) contribuía com o sustento da casa, de acordo com as seguintes categorias: totalmente, parcialmente ou não contribui.

II – Condições de Saúde

✓ **Saúde autopercebida**

A percepção da própria saúde é um indicador que vem sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos voltados à população idosa, cita-se como exemplo o Projeto SABE (Saúde, bem estar e envelhecimento), da OPAS/OMS

(2000), bem como os Projetos EPIDOSO (RAMOS, 2003) e BOAS (VERAS; DUTRA, 2000).

O(a) idoso(a) foi questionado em relação a sua saúde, bem como em comparação com a saúde de outras pessoas da mesma idade. Distribuída nas categorias: excelente, muito boa, boa, regular e ruim para a percepção de sua saúde e nas categorias: muito pior, pior, melhor e muito melhor em relação à comparação de sua saúde. Sendo dicotomizada pela combinação das categorias em excelente, muito boa e boa, para referir uma boa autopercepção de saúde, e em regular e ruim, para referir uma autopercepção ruim. Bem como, muito pior e pior para referir uma comparação pior e melhor e muito melhor para uma comparação melhor.

✓ **Falecimento ou luto**

Investigou-se falecimento, nos últimos doze meses, de algum membro da família.

✓ **Internações no último ano**

Foi investigado se o(a) idoso (a), nos últimos seis meses, foi submetido a alguma internação hospitalar.

✓ **Capacidade Funcional**

Seguindo recomendações da Sociedade Americana de Geriatria, utilizou-se do Índice de Katz para avaliar as atividades básicas de vida diária – AVD (KATZ et al, 1970). Sendo formada por seis questões, com respostas “sim” e “não” e apresentando como base a resposta afirmativa a cada pergunta. Onde 5 a 6 pontos corresponde a independência, 3 a 4 pontos a dependência moderada e 2 ou menos pontos é considerada dependência importante ou muito dependente (THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING, 1998 upud DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007, P. 324) .

Ainda seguindo recomendações da referida Sociedade, para avaliar as atividades instrumentais de vida diária – AIVD, atividades tais como: utilizar o telefone, realizar compras, preparar refeições, utilizar meios de transporte e manter o controle financeiro, utilizou-se a escala de Lawton (LAWTON e BRODY, 1969). Em que as primeiras alternativas das respostas representam independência na função que

está sendo avaliada; as segundas alternativas significam capacidade com ajuda e as terceiras alternativas significam dependência. Para critérios de classificação se considerou a pontuação de 0 a 16 pontos dependência, 17 e mais pontos independência e máxima independência em 27 pontos (NETTO, 2008).

Destaca-se que tais instrumentos são amplamente utilizados no Brasil tanto na investigação, quanto na prática clínica pela facilidade de aplicação. Onde segundo Netto (2008), estas avaliam a ocorrência de incapacidade em atividades críticas que são necessárias para a permanência do idoso em seu próprio meio, cuidando de si mesmo na comunidade.

Entretanto, o fato de ser resultantes de auto-relato e não de demonstração de tarefa funcional podem resultar em super ou subestimativa de capacidade.

✓ **Função Cognitiva**

Na avaliação da função cognitiva foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental – MEEM.

O Mini-Exame do Estado Mental é provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente e validado para a população brasileira, sendo utilizado como teste de rastreio para perda cognitiva, ou até mesmo como avaliação cognitiva de beira do leito, entretanto não pode ser usado para diagnosticar demência em pacientes geriátricos.

Contem questões agrupadas em sete categorias e pretende examinar: orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso -espaciais. Onde tais categorias são pontuadas e o score do MEEM pode variar de um mínimo de zero pontos, o qual indica um maior grau de comprometimento cognitivo, até trinta pontos que indicaria uma melhor capacidade cognitiva.

Para o rastreamento cognitivo de idosos atendidos em ambulatórios gerais pelo MEEM, a escolaridade deverá ser considerada para a adoção do ponto de corte mais adequado (VERAS; LOURENÇO, 2006). Segundo esses autores, o ponto de corte, para indivíduos analfabetos é 18/19 e para aqueles com instrução escolar é 24/25.

✓ **Desvantagem auditiva (handicap)**

A desvantagem auditiva (handicap):

Relaciona-se aos aspectos não auditivos, resultantes da deficiência e da incapacidade auditivas, os quais limitam ou impedem o indivíduo de desempenhar adequadamente suas atividades de vida diária e comprometem suas relações na família, no trabalho e na sociedade (W.H.O., 1980 apud RUSSO, 2004, p. 63).

Sendo assim, o instrumento utilizado foi o questionário de autoavaliação The Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening Version – HHIE-S, desenvolvido por Ventry & Weinstein, nos Estados Unidos em 1983 (Ventry e Weinstein, 1983). O HHIE-S é uma versão reduzida do The Hearing Handicap Inventory for the Elderly – HHIE (Ventry e Weinstein, 1982) adaptado para língua portuguesa por Wieselberg, 1997. Este questionário é composto por dez questões, elaboradas para detectar problemas emocionais e sociais associados à perda auditiva. No questionário, as respostas as perguntas são correspondentes a “sim”, “às vezes” ou “não” (APÊNDICE 02).

Segundo Iorio e Pinzan-Faria (2004), o questionário HHIE-S é um instrumento de triagem auditiva com alta especificidade e sensibilidade no rastreamento de perdas auditivas em idosos que procuram serviços de saúde que não são específicos para atendimentos relacionados as alterações da audição.

Ainda dentro deste aspecto foi questionado ao idoso se o mesmo apresentava dificuldades para escutar ou ouvir (tomando as duas palavras como sinônimos). Bem como, foi investigada a percepção de sua saúde auditiva, distribuída nas categorias: excelente, muito boa, boa, regular e ruim. Sendo dicotomizada pela combinação das categorias em excelente, muito boa e boa, para referir uma boa autopercepção de saúde auditiva e e em regular e ruim, para referir uma autopercepção auditiva ruim.

4.8 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais face a face em sala específica para atendimentos e o registro das informações foi efetuado utilizando-se de um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por questões fechadas e semi-abertas,

organizados em blocos por conjuntos temáticos, o qual inclui variáveis sociodemográficas e condições de saúde (capacidade funcional, comprometimento cognitivo, desvantagem auditiva/handicap, saúde autorreferida, luto, internações hospitalares e depressão).

Toda a coleta foi realizada pelo pesquisador principal e por uma equipe de quatro pesquisadoras devidamente treinadas. Nesse treinamento foram enfatizadas a importância do estudo e as características éticas da pesquisa. As entrevistas foram supervisionadas pelo autor, objetivando um controle de qualidade através da padronização da abordagem e observação da aplicação correta do roteiro de entrevista (APÊNDICE 02).

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados com as informações da amostra foi obtido por meio de digitação dos cadastros dos idosos em dupla entrada. Bem como, realizou-se 3 verificações de consistência com retiradas de 3 amostras sistemáticas de 10%, do total da amostra, para validar ainda mais as informações digitadas. A digitação e tratamento do banco de dados, assim como a consolidação da dupla entrada foram realizados no software SPSS.

Para as análises descritiva e bivariada, as tabelas foram geradas a partir do software SPSS versão 13.0 e tratadas no pacote Microsoft Excel. Onde os testes de associação Qui-quadrado de Pearson e comparação de médias foram aplicados no SPSS versão 13.0 e o Teste Exato de Fisher realizado no software R versão 2.12.2. O nível de significância adotado para essa análise foi de 5%.

Para o ajuste do modelo multivariado, foi utilizado o software R versão 2.12.2. As variáveis explicativas foram escolhidas a partir da análise bivariada. Para compor o modelo, a variável deveria apresentar *p-value* menor ou igual a 20% no teste de associação. Onde o nível de significância adotado nessa análise também foi de 5%.

Para alcançar os objetivos supracitados, optou-se em fazer uma análise em dois níveis, fazendo primeiramente uma abordagem descritiva para identificar o comportamento dos idosos estudados e uma segunda abordagem com o intuito de avaliar as possíveis associações entre a variável de desfecho, que neste estudo é a sintomatologia depressiva, e fatores socioeconômicos e de condições de saúde. Além dessas abordagens, comumente encontradas

na literatura, optou-se por avaliar os efeitos das variáveis socioeconômicas e de condições de saúde na variável de desfecho por meio de um modelo de regressão linear.

A análise descritiva teve por objetivo primário identificar o comportamento da amostra de tal forma que fosse possível caminhar nas demais análises. Dentre as medidas de posição e dispersão presentes na análise descritiva, estão: a média; o desvio padrão; o mínimo e o máximo. Além disso, as variáveis categóricas podem ser tratadas a partir da frequência e da porcentagem. Nesse estudo, as variáveis categóricas foram tratadas por meio de frequências e porcentagens e as variáveis quantitativas foram tratadas por meio das medidas citadas logo acima.

Para analisar as associações entre a variável de desfecho e as variáveis socioeconômicas e de condições de saúde, utilizou-se as tabelas de contingência ou também conhecidas como tabelas cruzadas. Tais tabelas têm foco na distribuição de uma variável segundo outra. As medidas adotadas nestas tabelas geralmente são a frequência e o percentual. Como o interesse foi de avaliar a associação entre variáveis, utilizaram-se as medidas citadas, uma vez que os testes são aplicados em tabelas com essa configuração.

Para testar a associação entre duas variáveis categóricas, ou seja, verificar se uma variável apresenta dependência ou não da outra, utiliza-se o teste Qui-quadrado, onde o mesmo apresenta as seguintes hipóteses:

$$\begin{cases} H_0: \text{Não há associação} \\ H_1: \text{Há associação} \end{cases}$$

A estatística de teste sob H_0 é dada por:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Em que O_i é a frequência observada da i -ésima categoria e E_i é a frequência esperada da i -ésima categoria. Os resultados utilizando tal estatística só são válidos se as frequências esperadas forem maiores que 5, nenhuma categoria apresentar valores iguais a zero. Desta forma, fica claro que esse teste é utilizado para amostras suficientemente grandes. Vale ainda destacar que o teste Qui-quadrado tem distribuição Qui-quadrado com $k-1$ graus de liberdade.

Quando houve problemas nas suposições do teste Qui-quadrado, tomou-se como opção a utilização do teste não-paramétrico denominado Teste Exato de Fisher. Tal teste parte

do princípio de que não é necessário que os dados possuam um comportamento probabilístico. Em outras palavras, é um teste apropriado para pequenas amostras, onde esse apresenta as mesmas hipóteses e interpretações do teste de Qui-quadrado.

Para a análise que envolveu a modelagem tomando a sintomatologia depressiva como variável de interesse e as variáveis que apresentaram *p-value* menor ou igual a 20% na análise bivariada como variáveis explicativas, foi utilizado o modelo linear generalizado binomial ou também conhecido como logit, uma vez que a variável de interesse é uma dummy do tipo 0 ou 1.

Vale ressaltar que é comum utilizarmos modelos lineares normais para modelar variáveis do tipo dummy fazendo transformações que permitam o uso das técnicas de estimação dos parâmetros. Entretanto, para uma modelagem mais robusta é interessante utilizarmos a natureza probabilística da variável de interesse na sua forma original, sem transformações. Em que os modelos lineares generalizados surgem como alternativa, uma vez que tomam o comportamento probabilístico da variável de interesse e não o comportamento normal aproximado do erro associado ao modelo.

Desta forma, o modelo linear generalizado foi definido por:

$$g(\mu_i) = \eta_i$$

em que

$$\eta_i = \mathbf{x}_i^T \boldsymbol{\beta}$$

Onde η_i é denominado preditor linear, $\boldsymbol{\beta}$ um vetor de parâmetros desconhecidos à serem estimados e \mathbf{x} é a matriz de variáveis explicativas. A função $g(\cdot)$ é denominada função de ligação e é a parte que define o tipo de modelo que se deseja utilizar.

Como temos uma variável de interesse do tipo dummy, é comum utilizar a função logit para modelar tal variável. Neste caso diz-se que a variável de interesse segue uma distribuição binomial, cuja função de ligação logit é dada por:

$$g(\mu_i) = \log \left(\frac{\mu}{1 - \mu} \right)$$

Para estimação dos parâmetros é utilizado o método de máxima verossimilhança, amplamente conhecido no que tange estimação dos parâmetros. Entretanto, nos modelos

lineares generalizados não é possível a aplicação direta desse método, já que não se trabalha em cima dos erros e sim da variável de interesse. Para contornar esse problema, utiliza-se o processo iterativo de Newton-Raphson.

Devido a natureza dos modelos lineares generalizados, algumas estatísticas não são aplicáveis, como é o caso do coeficiente de determinação (R^2). Para tanto utiliza-se o pseudo- R^2 de Nagelkerke. A interpretação do pseudo- R^2 mantém-se idêntica ao R^2 original de tal forma que ele mede a proporção de variação da variável de interesse explicada pelas variáveis explicativas presentes no modelo.

Após ajustar qualquer modelo de regressão, faz-se necessário validá-lo por meio da análise de resíduos. Neste estudo tomaram-se três medidas para avaliar a validação do modelo final ajustado.

Primeiramente estudou-se o resíduo componente do desvio, dado por:

$$t_{D_i} = \frac{d(y_i, \hat{\mu}_i)}{\sqrt{(1 - \hat{h}_{ii})}}$$

Em que, $d(y_i, \hat{\mu}_i)$ é denominada função desvio e \hat{h}_{ii} é o i -ésimo elemento da diagonal da matriz hessiana do modelo.

A partir do resíduo componente do desvio pode-se verificar se os resíduos apresentam algum comportamento sistemático ou diferente do que se espera para a distribuição associada à variável de interesse.

Para estudar a influência dos resíduos nos parâmetros ajustados do modelo, utilizou-se a Distância de Cook, que apresenta um valor D_i referente a cada observação de tal forma que quanto maior for esse valor de D_i mais influente ele é na estimativa dos parâmetros. A Distância de Cook é dada por:

$$D_j = \frac{(\hat{\beta} - \hat{\beta}_j)^T (X^T X) (\hat{\beta} - \hat{\beta}_j)}{ps^2}$$

Em que $\hat{\beta}$ é o parâmetro estimado originalmente, $\hat{\beta}_j$ é o parâmetro estimado levando em consideração a j -ésima observação, X é a matriz de variáveis explicativas, p é a quantidade de parâmetros presentes no ajuste e s^2 a variância estimada.

A terceira medida, que é utilizada de forma gráfica, assim como as demais, é o gráfico de quantis da normal com envelope. Com este gráfico é possível verificar se a suposição de que a variável de interesse que segue a distribuição escolhida é válida. O envelope, ou banda de confiança é utilizado com o intuito de verificar se os quantis não se afastam de uma área significativa para o comportamento probabilístico da variável de interesse.

Por fim, a apresentação dos resultados atenderá às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para análise e posterior consentimento da realização do estudo. Sendo aprovado através do protocolo nº 091/11 e CAAE nº 0066.0.172.000-11 (ANEXO A).

Desta maneira, a investigação atendeu aos requisitos preestabelecidos na resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Aos participantes da pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a presença do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa, caso julgasse necessário (APÊNDICE 01).



5. RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados que serão apresentados a seguir foram baseados no quantitativo de idosos entrevistados na pesquisa, que totalizou 301 sujeitos investigados, onde as tabelas que se seguem exibem a distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas e condições de saúde e suas possíveis associações com a variável sintomatologia depressiva.

Quanto à distribuição das variáveis sociodemográficas, dentre os 301 idosos que participaram da pesquisa, pode-se observar uma predominância de idosos do sexo feminino (73,4%), com idade entre 60 e 79 anos (92,4%) variando entre 60 e 89 anos e com média de 70,2 anos (desvio padrão = 6,1). Situação conjugal casado (a) (52,8%), com escolaridade entre um e quatro anos de estudo (33,22%), vivendo com companheiro (a) e familiares (32,6%). Que contribuem totalmente para o sustento da casa (47,2%), com renda entre 1 e 2 salários (55,5%) e aposentados (63,1%). Como descrito na tabela 1.

Tabela 1. – Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011.

Variáveis do estudo	N	%
Sexo		
Masculino	80	26,6%
Feminino	221	73,4%
Total	301	100,0%
Faixa etária		
60 a 69 anos	162	53,8%
70 a 79 anos	116	38,5%
80 ou mais	23	7,6%
Total	301	100,0%
Situação conjugal		
Casado(a) ou união estável	159	52,8%
Solteiro(a)	27	9,0%
Viúvo(a)	86	28,6%
Separado(a)/Divorciado(a)	29	9,6%
Total	301	100,0%

Tabela 1. – Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011 (cont.).

Variáveis do estudo	N	%
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nunca estudou/Analfabeto(a)	29	9,6%
1 a 4 anos	100	33,2%
5 a 8 anos	58	19,3%
9 a 11 anos	71	23,6%
≥ 12 anos	43	14,3%
Total	301	100,0%
Arranjo familiar		
Sozinho (a)	49	16,3%
Com companheiro (a)	61	20,3%
Com companheiro (a) e familiares	98	32,6%
Com familiares (sem o companheiro)	93	30,9%
Total	301	100,0%
Contribuição para o sustento da casa		
Sim, totalmente	142	47,2%
Sim, parcialmente	129	42,9%
Não contribui	30	10,0%
Total	301	100,0%
Renda individual mensal		
< 1 salário mínimo (Até R\$ 544,00)	30	10,0%
1 a 2 salários (R\$ 545,00 a 1090,00)	167	55,5%
> 2 a 4 salários (R\$ 1.091,00 a 2.180,00)	54	17,9%
> 4 salários (R\$ 2.181,00 ou mais)	27	9,0%
Sem renda	23	7,6%
Total	301	100,0%
Situação previdenciária		
Aposentado	190	63,1%
Pensionista	48	15,9%
Aposentado + Pensionista	23	7,6%
Não é aposentado(*)	40	13,3%
Total	301	100,0%

*Dentre os que não são aposentados, tem-se: ajuda de familiares (60,0%), trabalha (12,5%), recebe ajuda de programas do governo (12,5%) e outra fonte (15,0%).

Analisando a Tabela 2, quanto aos resultados da aplicação da GDS, para verificação da presença de sintomatologia depressiva, utilizando o ponto de corte em 5-6, observa-se que o escore foi positivo para a presença de sintomatologia depressiva em cerca de 16,3% e negativo para 83,7% da amostra dos idosos estudados.

Ainda na tabela 2, quanto à distribuição das variáveis referentes às condições de saúde, observa-se predominância de idosos que avaliam sua saúde como regular (52,5%), que consideram sua saúde melhor do que a de outros idosos de sua mesma faixa etária (79,7%), que apresentaram classificação independente segundo o índice de Katz (96,0%) e a escala de Lawton (96,3%), sem déficit cognitivo (71,4%) e que afirmaram não terem sido internados nos últimos seis meses (94,0%). Bem como não relataram morte significativa no último ano.

Tabela 2. – Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo as variáveis sintomatologia depressiva, saúde autopercebida, capacidade funcional, déficit cognitivo, luto e internações hospitalares no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011.

Variáveis de estudo	N	%
Escala de depressão geriátrica – GDS		
Menor ou igual a 5 (sem sintomatologia depressiva)	252	83,7%
Maior que 5 (com sintomatologia depressiva)	49	16,3%
Total	301	100,0%
Autopercepção da saúde		
Excelente	11	3,7%
Muito boa	11	3,7%
Boa	80	26,6%
Regular	158	52,5%
Ruim	41	13,6%
Total	301	100,0%
Comparação com a saúde		
Muito pior	2	0,7%
Pior	15	5,0%
Melhor	240	79,7%
Muito melhor	44	14,6%
Total	301	100,0%
Índice de Katz – AVD		
Muito dependente	2	0,7%
Dependência moderada	10	3,3%
Independente	289	96,0%
Total	301	100,0%

Tabela 2. – Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo as variáveis sintomatologia depressiva, saúde autopercebida, capacidade funcional, déficit cognitivo, luto e internações hospitalares no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011. (cont.)

Variáveis de estudo	N	%
Escala de Lawton – AIVD		
Dependência	11	3,7%
Independência	290	96,3%
Total	301	100,0%
MEEM		
Sem Déficit Cognitivo	215	71,4%
Com Déficit Cognitivo	86	28,6%
Total	301	100,0%
Morte importante no último ano		
Não	202	67,1%
Sim	99	32,9%
Total	301	100,0%
Internações hospitalares nos últimos seis meses		
Não	283	94,0%
Sim	18	6,0%
Total	301	100,0%

No que tange a distribuição do escore do Handicap Auditivo, como descrito na tabela 3, o mesmo teve variação de 0 a 40 pontos, ou seja, com pontuação mínima e máxima para o mesmo, com média de 7,8 e desvio padrão de 8,4. Aproximadamente metade dos idosos apresenta dificuldades para ouvir/escutar (41,9%). Mesmo assim, em termos de autoavaliação da audição, pode-se destacar uma concentração de idosos que autoavaliam sua audição como boa e regular (43,5% e 40,5% respectivamente).

Tabela 3. – Medidas descritivas, Total (N) e Percentual (%) da distribuição dos idosos segundo a variável Handicap Auditivo no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – Recife, PE, 2011.

Handicap auditivo		
Média		7,8
Desvio padrão		8,4
Mínimo		0,0
Máximo		40,0
	N	%
Tem dificuldades para ouvir/ escutar		
Não	175	58,1%
Sim	126	41,9%
Total	301	100,0%
Autoavaliação da audição		
Excelente	17	5,6%
Muito boa	17	5,6%
Boa	131	43,5%
Regular	122	40,5%
Ruim	14	4,7%
Total	301	100,0%

Nas tabelas a seguir, são apresentadas as distribuições da GDS segundo as variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Sendo exibidos os totais e percentuais segundo cada cruzamento entre as variáveis. Para testar associação entre sintomatologia depressiva (GDS) e as variáveis sociodemográficas e condições de saúde, foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, como descritos anteriormente. Com relação à comparação entre médias, foi utilizado o teste de comparação de duas médias (para a variável handicap auditivo).

Desta forma, de acordo com a Tabela 4, pode-se traçar o seguinte perfil com relação à presença de sintomatologia depressiva quanto as variáveis sociodemográficas: são idosos do sexo feminino, entre 70 e 79 anos, separados (as) ou divorciados (as), que estudaram entre 1 e 4 anos, que moram com familiares, mas sem o companheiro, que não contribuem para o sustento da casa, sem renda e que não são aposentados.

Analisando assim as associações destas variáveis com sintomatologia depressiva, observa-se, na Tabela 4, que as mesmas (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, arranjo familiar, contribuição para o sustento da casa, renda individual mensal e situação

previdenciária) não apresentaram associação com a variável de desfecho, isto é, sintomatologia depressiva.

Tabela 4. – Distribuição da sintomatologia depressiva segundo características sociodemográficas (NAI, Recife, 2011).

	GDS				Total	<i>p-value</i>
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
	n	%	n	%		
Sexo						0,718*
Masculino	12	15,0%	68	85,0%	80	
Feminino	37	16,7%	184	83,3%	221	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Faixa etária						0,579**
60 a 69 anos	26	16,0%	136	83,9%	162	
70 a 79 anos	21	18,1%	95	81,9%	116	
80 ou mais	2	8,7%	21	91,3%	23	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Situação conjugal						0,671**
Casado	27	17,0%	132	83,0%	159	
Solteiro	5	18,5%	22	81,5%	27	
Viúvo	11	12,8%	75	87,2%	86	
Separado/Divorciado	6	20,7%	23	79,3%	29	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Escolaridade (em anos de estudo)						0,443**
Nunca estudou/Analfabeto(a)	5	17,2%	24	82,8%	29	
1 a 4 anos	20	20,0%	80	80,0%	100	
5 a 8 anos	5	8,6%	53	91,4%	58	
9 a 11 anos	12	16,9%	59	83,1%	71	
≥ 12 anos	7	16,3%	36	83,7%	43	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Arranjo familiar						0,641*
Sozinho(a)	5	10,2%	44	89,8%	49	
Com companheiro(a)	10	16,4%	51	83,6%	61	
Com companheiro(a) e familiares	17	17,3%	81	82,7%	98	
Com familiares (sem o companheiro)	17	18,3%	76	81,7%	93	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	

Tabela 4. – Distribuição da sintomatologia depressiva segundo características sociodemográficas (NAI, Recife, 2011). (cont.)

	GDS				Total	<i>p-value</i>
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
	n	%	n	%		
Contribuição para o sustento da casa						0,431**
Sim, totalmente	24	16,9%	118	83,1%	142	
Sim, parcialmente	18	14,0%	111	86,0%	129	
Não contribui	7	23,3%	23	76,7%	30	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Renda individual mensal						0,243**
< 1 salário mínimo (Até R\$ 544,00)	7	23,3%	23	76,7%	30	
1 a 2 salários (R\$ 545,00 a 1090,00)	25	15,0%	142	85,0%	167	
> 2 a 4 salários (R\$ 1.091,00 a 2.180,00)	7	13,0%	47	87,0%	54	
> 4 salários (R\$ 2.181,00 ou mais)	3	11,1%	24	88,9%	27	
Sem renda	7	30,4%	16	69,6%	23	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Situação previdenciária						0,715**
Aposentado	30	15,8%	160	84,2%	190	
Pensionista	7	14,6%	41	85,4%	48	
Aposentado + Pensionista	3	13,0%	20	87,0%	23	
Não é aposentado	9	22,5%	31	77,5%	40	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	

* Teste Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher.

Traçando o perfil segundo as condições de saúde, tem-se que os idosos que apresentam maiores proporções de GDS, isto é, pontuação maior que 5 como indicativo de sintomatologia depressiva são aqueles que: autoavaliaram sua saúde como ruim, que consideram sua saúde pior do que a de outros idosos, que são muito dependentes segundo o índice de Katz, que apresentam dependência segundo a escala de Lawton, que apresentam déficit cognitivo ou não, que perderam alguém importante no último ano e que passaram por internações hospitalares nos últimos 6 meses (tabela 5).

Ainda nesse aspecto, quanto às variáveis relacionadas à saúde, na Tabela 5, é possível observar também que a autopercepção da saúde apresentou associação com a sintomatologia

depressiva de tal forma que ao declarar uma boa saúde, tem-se um percentual muito baixo de idosos com GDS maior que 5 e ao declarar sua saúde ruim, o percentual de idoso com GDS maior que 5 aumenta de 2,0% para 23,6%.

Com relação à comparação de sua saúde com a de outros idosos, o Teste Exato de Fisher indicou haver associação desta variável com sintomatologia. Analisando tal associação, observa-se que os idosos que apresentam GDS maior que 5 declaram que sua saúde é pior do que a de outros idosos. Já com os idosos que apresentam GDS menor ou igual que 5, a grande maioria declara que sua saúde é melhor do que a de outros idosos.

O Índice de Katz e a Escala de Lawton também apresentaram associação com a GDS. Quanto ao Índice de Katz, 100% dos que apresentaram muita dependência, tiveram um escore para a GDS maior que 5. Para dependência moderada, a distribuição de idosos na GDS foi balanceada, 50% de idosos para cada categoria da mesma. Quanto aos que foram classificados como independentes, a maioria (85,5%) apresentaram GDS menor ou igual a 5. A escala de Lawton apresentou uma distribuição similar ao Índice de Katz. Para a classificação “independência”, a maioria (84,8%) dos idosos apresentaram GDS menor ou igual a 5. Para a classificação “dependência”, a quantidade de idosos com GDS maior ou igual a 5 foi maior, mesmo que com uma diferença mínima.

Foi observado também que déficit cognitivo (MEEM), morte importante no último ano e internações hospitalares nos últimos seis meses não apresentaram associação com sintomatologia depressiva, como descritos na tabela 5.

Tabela 5. – Distribuição da sintomatologia depressiva segundo características de condição de saúde (NAI, Recife, 2011).

	GDS				Total	<i>p-value</i>
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
	n	%	n	%		
Autopercepção da saúde						< 0,001*
Boa	2	2,0%	100	98,0%	102	
Ruim	47	23,6%	152	76,4%	199	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Comparação com a saúde						< 0,001**
Pior	11	64,7%	6	35,3%	17	
Melhor	38	13,4%	246	86,6%	284	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Índice de Katz – AVD						< 0,001**
Muito dependente	2	100,0%	0	0,0%	2	
Dependência moderada	5	50,0%	5	50,0%	10	
Independente	42	14,5%	247	85,5%	289	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Escala de Lawton – AIVD						0,020**
Dependência	5	45,5%	6	54,5%	11	
Independência	44	15,2%	246	84,8%	290	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
MEEM						> 0,999*
Sem déficit cognitivo	35	16,3%	180	83,7%	215	
Com déficit cognitivo	14	16,3%	72	83,7%	86	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Morte importante no último ano						0,769*
Não	32	15,8%	170	84,2%	202	
Sim	17	17,2%	82	82,8%	99	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Internações hospitalares nos últimos seis meses						0,090**
Não	43	15,2%	240	84,8%	283	
Sim	6	33,3%	12	66,7%	18	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	

* Teste Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher.

Com relação ao perfil da GDS segundo as variáveis associadas à autoavaliação da audição tem-se que aqueles que apresentam dificuldades para ouvir/escutar e que autoavaliam sua audição como ruim apresentam sintomatologia depressiva, a partir dos dados apresentados na tabela 6.

Em termos de Handicap auditivo, ainda na tabela 6, observa-se que as médias do mesmo para GDS menor ou igual a cinco e maior que 5 se diferem segundo o teste de comparação de médias. Além disso, tal diferença é quase o dobro para a pontuação da GDS maior que 5 que apresenta uma média de Handicap de 13,3, indicando que os idosos com GDS maior que 5 apresentam valores médios de Handicap maiores que os idosos que possuem GDS menor ou igual a 5, ou seja, observa-se associação entre handicap auditivo e sintomatologia depressiva.

Dando continuidade, verifica-se também que as variáveis dificuldades para ouvir/escutar e autoavaliação da audição apresentaram associações com sintomatologia depressiva. Quanto a primeira variável, verifica-se que o percentual de idosos com GDS maior que 5 aumenta quando os idosos apresentam dificuldades para ouvir/escutar. Com relação à autoavaliação da audição, ao avaliarem sua audição como ruim, tem-se um acréscimo de idosos com GDS maior que 5, indicando sintomatologia depressiva.

Tabela 6. – Distribuição da sintomatologia depressiva segundo características do Handicap auditivo e de autoavaliação da audição (NAI, Recife, 2011).

	GDS				Total	<i>p-value</i>
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
Handicap auditivo						< 0,001***
Média	13,3		6,7		7,8	
Desvio-padrão	10,3		7,5		8,4	
Mínimo	0		0		0,0	
Máximo	40		36		40,0	
	n	%	n	%	Total	Valor de p
Dificuldades para ouvir/escutar						0,004*
Não	19	10,9%	156	89,1%	175	
Sim	30	23,8%	96	76,2%	126	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	
Autoavaliação da audição						0,031*
Boa	20	12,1%	145	87,9%	165	
Ruim	29	21,3%	107	78,7%	136	
Total	49	16,3%	252	83,7%	301	

* Teste Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher; *** Teste de comparação entre duas médias.

Adiante, apresentam-se os resultados obtidos com relação ao ajuste do modelo. Tendo sido utilizado um modelo linear generalizado binomial com ligação logit tomando como variável de desfecho a sintomatologia depressiva. As variáveis explicativas foram escolhidas com base na análise bivariada. Foram selecionadas as variáveis explicativas que apresentaram *p-value* menor ou igual a 20%. No quadro a seguir são apresentadas as descrições e a categorização utilizada para as variáveis.

Quadro 1 – Descrição das variáveis utilizadas no ajuste do modelo.

Variável	Descrição	Categorização
Y	GDS	0 – GDS menor ou igual a 5 1 – GDS maior que 5
X ₁	Autoavaliação da saúde	0 – Boa 1 – Ruim
X ₂	Comparação com a saúde de outros idosos	0 – Melhor 1 – Pior
X ₃	Internação hospitalar	0 – Não 1 – Sim
X ₄	Índice de Katz	0 – Independente 1 – Dependente
X ₅	Escala de Lawton	0 – Independência 1 – Dependência
X ₆	Dificuldade para ouvir/escutar	0 – Não 1 – Sim
X ₇	Autoavaliação da audição	0 – Boa 1 – Ruim
X ₈	Handicap auditivo	De 0 a 40

O modelo completo inicial proposto é dado por:

$$\eta_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \beta_4 X_{4i} + \beta_5 X_{5i} + \beta_6 X_{6i} + \beta_7 X_{7i} + \beta_8 X_{8i}$$

Segundo a Tabela 7, na qual são apresentados os resultados do ajuste do modelo inicial, observa-se que apenas três das oito variáveis explicativas foram significantes. Além disso, verifica-se que o termo constante não é significativo e que apresenta altos erros padrões, indicando pode haver problemas no ajuste.

Tabela 7. – Resultados do ajuste do modelo inicial (NAI, Recife, 2011).

	Estimativa	Erro padrão	<i>p-value</i>	Razão de chances
Constante	-4,42	0,75	< 0,001	0,012
Autoavaliação da saúde	2,46	0,75	0,001	11,76
Comparação com a saúde de outros idosos	1,30	0,63	0,037	3,68
Internação hospitalar	0,37	0,64	0,551	1,46
Índice de Katz	0,96	0,75	0,200	2,60
Escala de Lawton	0,77	0,84	0,358	2,17
Dificuldade para ouvir/escutar	0,44	0,48	0,364	1,55
Autoavaliação da audição	-0,38	0,47	0,423	0,68
Handicap auditivo	0,05	0,02	0,028	1,05

R² de Nagelkerke = 0,30

Sendo assim, faz-se necessário o uso de um método de seleção de variáveis. Para tanto, utilizou-se o método *stepwise* tomando como parâmetros de comparação o *AIC*. Na Tabela 8 é apresentado o modelo ajustado após a aplicação do método *stepwise*.

O método *stepwise* aplicado indicou que apenas três variáveis e o termo constante compõem o modelo final, que segundo o método é o que apresenta o menor valor de *AIC*. Da Tabela 8, observa-se que as variáveis indicadas são significantes (*p-value* < 0,05). O modelo apresentou erros padrões não tão baixos quando comparados com as estimativas. Mesmo assim não há indícios de problemas nas estimativas. No que diz respeito ao poder de explicação do modelo, verifica-se que as variáveis explicativas explicam pouco, apenas 28% segundo o método de Nagelkerke.

Tabela 8. – Resultados do ajuste do modelo final após aplicação do método *stepwise* (NAI, Recife, 2011).

	Estimativa	Erro padrão	<i>p-value</i>	Razão de chances
Constante	-4,29	0,74	< 0,001	0,01
Autoavaliação da saúde	2,35	0,74	0,002	10,45
Comparação com a saúde de outros idosos	1,69	0,57	0,003	5,43
Handicap	,06	0,02	0,003	1,06

R² de Nagelkerke = 0,28

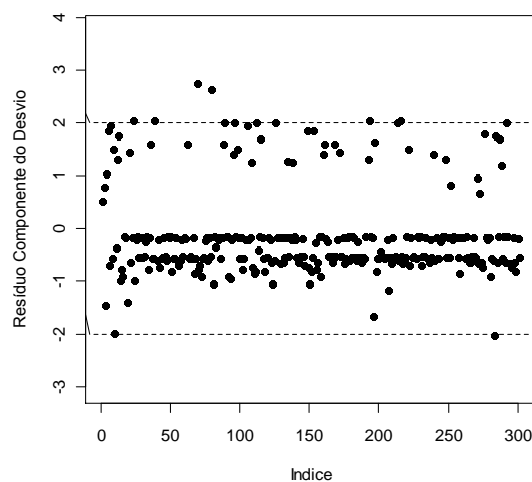
A partir dos resultados obtidos e apresentados na Tabela 8, o modelo final é dado por:

$$\hat{\eta}_i = -4,29 + 2,35X_{1i} - 1,69X_{2i} + 0,06X_{8i}$$

Analisando as razões de chance, tem-se que quando o idoso autoavalia sua saúde como ruim, a chance de apresentar quadros depressivos aumenta em 945%. Com relação à comparação de sua saúde com a de outros idosos, quando o idoso afirma que sua saúde é pior, a chance de apresentar sintomatologia depressiva aumenta em 443%. Para a desvantagem auditiva, quando o idoso aumenta em uma unidade o seu Handicap, tem-se uma chance de 6% de apresentar sintomas depressivos.

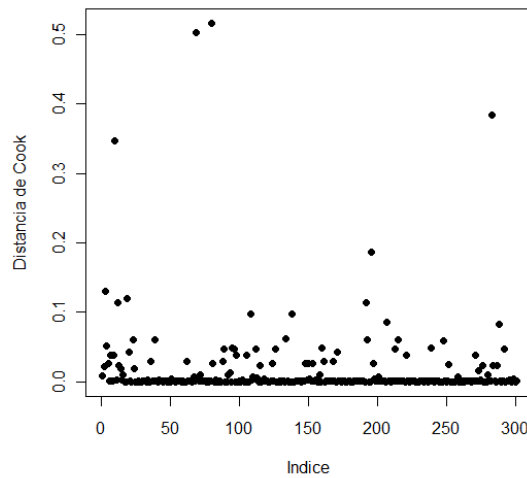
Analisando os resíduos a fim de validar o modelo final ajustado, tem-se na Figura 5 que os resíduos apresentam um bom comportamento aleatório concentrando-se entre os valores 0 e -1, com poucas observações se distanciando dos limites.

Figura 5 – Resíduo Componente do Desvio do modelo final.



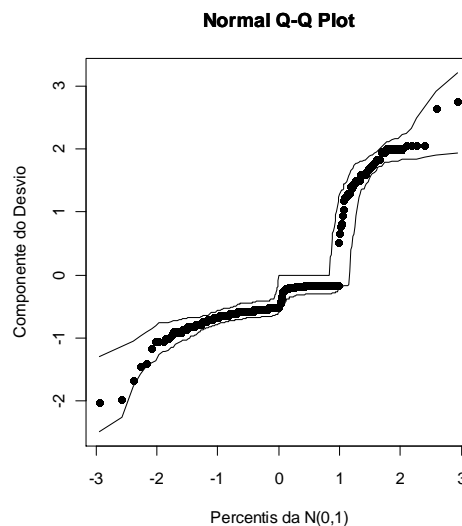
Da Figura 6, observa-se que a maioria das observações se encontram próximas do ponto zero, com poucas observações sendo consideradas possivelmente influentes por se afastarem fortemente.

Figura 6 – Distância de Cook



O gráfico de quantis da Normal com envelope (Figura 7) indica que a suposição de que os erros são Binomiais foi validada, uma vez que nenhum resíduo estimado ultrapassou o envelope. Além disso, observa-se que o modelo conseguiu captar o comportamento estudado.

Figura 7 – Gráfico de quantis da Normal para distribuição Binomial com envelope.

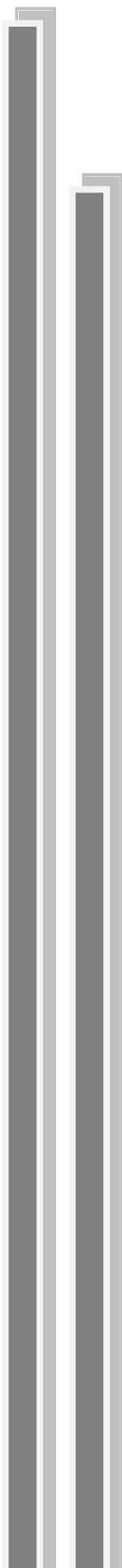


Com relação aos pontos que se distanciaram dos demais na Figura 6, referente ao gráfico da distância de Cook, estes foram retirados e o ajuste e os resíduos foram reavaliados. Como os pontos foram retirados fazendo todas as combinações possíveis entre eles, a quantidade de modelos ajustados e de análise de resíduo realizada foi muito alta e como não é

foco entrar nos detalhes, apresenta-se o que foi encontrado a seguir de forma textualizada e resumida.

A retirada dos pontos não melhorou o ajuste. Pelo contrário, manteve o ajuste até certo ponto constante, mas ao realizar novamente a análise de resíduos para cada grupo de pontos retirados, observou-se um maior espalhamento dos pontos no gráfico da distância de Cook e leves alterações no gráfico de quantis da Normal.

Com base nos resultados obtidos na análise de resíduos, verifica-se que o modelo final ajustado é um modelo bem ajustado com relação às suposições básicas, mas que apresenta um baixo nível de explicação. Mesmo assim, o modelo final ajustado e já apresentado, foi considerado o melhor modelo levando em consideração a amostra utilizada nesse estudo.



6. DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

No que concerne aos resultados do perfil sociodemográfico da população estudada, a análise se mostrou semelhante a outras pesquisas que investigaram idosos por meio de estudos epidemiológicos (GAZALLE et al., 2004; LEBRÃO; LAURENTI, 2005; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; MACIEL; GUERRA, 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; BANDEIRA, 2008; SANTO et al., 2010, SOUSA, et al., 2010). Predomínio do sexo feminino (73,4%), faixa etária entre 60 a 69 anos (53,8%), situação conjugal casado(a) ou união estável (52,8%), escolaridade entre 1 e 4 anos de estudo (33,2%), arranjo familiar multigeracional – com o companheiro e familiares (32,6%), contribuição total (47,2%) ou parcial (42,9%) para o sustento da casa, renda individual mensal entre 1 a 2 salários mínimos (55,5%) e situação previdenciária – aposentado (63,1%).

Quanto à prevalência de sintomatologia depressiva, as comparações do presente estudo com outros anteriores requerem alguns cuidados. Como apontado no capítulo 2 (Depressão e fatores associados na população idosa), a frequência de depressão nessa população dependerá do contexto no qual esta inserida, procedimentos metodológicos utilizados e principalmente no que se refere ao tipo de instrumento utilizado para mensuração da mesma (CERQUEIRA, 2003; NARDI; ANDRADE, 2005; CREPALDI, 2009). Desta forma, a prevalência de depressão no idoso tem sido alvo de discussões em virtude de resultados díspares nos estudos (ROCHA, 1993; LEITE et al., 2006; BANDEIRA, 2008).

Nesse estudo, o instrumento utilizado para o diagnóstico de sintomatologia depressiva foi a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), a qual se encontra recomendada pela Organização Mundial de Saúde/CID-10/DSM-IV (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; BANDEIRA, 2008). Assim, a prevalência de quadros depressivos, entre os 301 idosos que compuseram a amostra, foi estimada em 16,3%, considerando o ponto de corte (caso/não caso) como somatório maior que cinco pontos, isto é, 5/6.

Buscando confrontar esse achado com estudos que utilizaram a GDS -15, observou-se que menor prevalência foi encontrada em uma pesquisa epidemiológica com 353 idosos no município de Botucatu/SP (15,6%), objetivando aferir e validar a coerência e consistência de instrumentos utilizados para a avaliação clínica de idosos (NETTO, 2008). Valores próximos aos encontrados nesse estudo se pode destacar em um estudo realizado com idosos

cadastrados nos Centro de Saúde de Florianópolis/SC, no qual foi utilizada a GDS-15, e a mesma prevalência foi de 17,4% (BORGES; BENADETTI; MAZO, 2007), na pesquisa de Paradela et al. (2007), onde estes estudaram idosos que frequentam unidade ambulatorial de saúde da rede pública da cidade do Rio de Janeiro/RJ, com prevalência de 16,9%, em que também utilizou-se a mesma escala e no estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) no município de São Paulo/SP, o qual verificou a ocorrência de depressão em 18,1% (LEBRÃO, LAURENTI, 2005).

Entretanto, pesquisas têm demonstrado prevalências superiores à encontrada no presente estudo, onde se pode citar: 36,7% (LINHARES et al., 2003); 28,8% (NARDI; ANDRADE, 2005), 25,5% (MACIEL; GUERRA, 2006), 31,0% (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006), 21,1% (SANTANA; FILHO, 2007), 46,0% (FERRARI; DALACORTI, 2007), 37,6% (BANDEIRA, 2008), 27,27% (SOUZA et al., 2009), 42,1% (SOUSA et al., 2010) e 44,0% (GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011). Destaca-se que, embora empregado o mesmo instrumento, algumas destas pesquisas utilizaram pontos de corte distintos para caso e não caso no diagnóstico de sintomatologia depressiva.

Em estudo realizado com microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), edição 1998, baseado na questão “Tem depressão?”, 12,5% dos idosos pesquisados referiam ter depressão (BÓS; BÓS, 2005). Bem como, em uma pesquisa realizada em um ambulatório de referência na cidade de Salvador/BA, no período de agosto de 2001 a outubro de 2004, totalizando 1.120 idosos, procurando investigar a associação entre depressão e comorbidade clínica, utilizando-se dos critérios diagnósticos do DSM-IV, verificou-se que a sintomatologia depressiva foi diagnosticada em 23,4% (DUARTE; REGO, 2007).

Já em investigação realizada com 1.510 idosos, que correspondem a 86% do total de residentes na cidade de Bambuí/MG com 60 ou mais anos de idade, através da utilização do General Health Questionnaire foi observada uma prevalência de sintomas depressivos de 38,5% (CASTRO-COSTA et al. 2008).

Assim, frente a grande diversidade dos desenhos de estudo, observados durante toda a revisão literária para essa pesquisa, embora nos remeta a informações bastante relevantes, não traduz uma uniformização dos dados referentes a essa problemática. Como consequência, torna-se difícil a comparação entre as pesquisas publicadas, ocasionando imprecisões e, por muitas vezes, falta de exatidão no que se refere à magnitude da depressão. Contribuindo

também, pode-se frisar a própria complexidade da temática e a dificuldade recorrente no seu reconhecimento frente às especificidades dessa parcela da população.

Quanto as variáveis sociodemográficas e sua associação com a sintomatologia depressiva, no que concerne a variável sexo, a pesquisa aponta que as mulheres apresentaram a maior frequência (16,7%). Fato este comprovado por diversas publicações nacionais e internacionais no que se refere à epidemiologia da depressão (FRÁGUAS, 2002; RIED; PLANAS, 2002; FLECK et al., 2003; LEBRÃO; DUARTE, 2003; GAZALLE, et al., 2004; BÓS; BÓS, 2005; NARDI; ANDRADE, 2005; DJERNES, 2006; LEITE et al., 2006; MACIEL; GUERRA, 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; MCDUGALL, 2007; BANDEIRA, 2008; FARIA; BARRETO; PASSOS, 2008; CREPALDI, 2009; SOUZA et al., 2009; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010; SOUSA et al., 2010).

A diferença encontrada na proporção entre os sexos pode ser explicada pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens em decorrência da maior proteção dada pelo estrógeno, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens em todas as faixas etárias, menor consumo de tabaco e álcool e maior frequência em atendimentos de saúde (ALMEIDA, et al., 2002; CASTELO, 2004; LEITE et al., 2006; GUIMARÃES; CALDAS, 2006; SOUZA, et al., 2007; VERAS, 2009). Este dado correlaciona-se com outros estudos, sendo um dado bastante conhecido na geriatria (BANDEIRA, 2008). Onde cerca de duas em cada dez mulheres e um em cada dez homens terão depressão ao longo da vida (FRÁGUAS, 2002).

Podem-se destacar também os fatores socioculturais associados a experiências adversas e fatores psicológicos associados com maior vulnerabilidade a eventos estressores também contribuem para esta diferença entre os sexos feminino e masculino (LEBRÃO; DUARTE, 2003; GAZALLE, et al., 2004; JUSTO; CALIL, 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). Além das mulheres terem maior probabilidade de admitir, bem como verbalizar seus sentimentos que os homens, onde estes, na maioria das vezes, tendem a negar seus sentimentos ou utilizar recursos como o alcoolismo e tentativas de suicídio (LINHARES et al., 2003; LEITE et al., 2006; SOUZA, et al., 2007).

Ademais, no estudo realizado por Sousa et al. (2010) com 443 idosos portugueses inseridos nos Centros de Saúde do Conselhos de Matosinhos, os mesmos refutam as considerações acima mencionadas e concluem, ao final do seu estudo, que idosos do sexo feminino apresentaram 3,8 vezes maior risco de sofrer de depressão.

Quanto a variável idade, ainda dentro do bloco das variáveis sociodemográficas, e sua associação com a sintomatologia depressiva, observou-se que a maior proporção de idosos acometidos pela referida patologia foram os idosos com idades entre os 70 a 79 anos (18,1%). No entanto, não se deve deixar de destacar que o grupo entre os 60 e 69 anos apresentaram valores próximos ao do grupo anteriormente descrito (16,0%).

Corroborando com o que foi apontado, em um estudo sobre depressão e envelhecimento, com uma amostra de 358 idosos pertencentes ao Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, na cidade de Recife/PE, o mesmo observou que o maior percentual de idosos acometidos de depressão eram os que apresentavam idade entre os 70 e 79 anos (LEITE, et al., 2006).

Bem como, outros estudos têm apontado que a depressão tende a aumentar com a progressão da idade e que o maior pico encontra-se entre os 70 a 79 anos (GAZALLE, et al., 2004; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). Entretanto, não existe consenso bem documentado na literatura mundial sobre a faixa etária de maior prevalência dessa doença (SNOWDON, 2002; SOUZA et al., 2009).

Ainda no que se refere à idade, autores apontam que a idade por si só não aumenta o risco de depressão. Estudos epidemiológicos sugerem que os efeitos da idade, na sintomatologia depressiva, podem ser atribuídos aos problemas de saúde e incapacidades frequentes em idosos e não ao envelhecimento por si (SNOWDON, 2002; COSTA, et al., 2003; NA, et al., 2007).

Nesse estudo verificou-se também, quanto à situação conjugal, uma prevalência de depressão provável superior nos idosos separados/divorciados (20,7%). Não obstante, verifica-se quase que uma uniformidade entre as proporções de sintomatologia depressiva nos extratos (casado, solteiro, viúvo e separado/divorciado). Destacando que a menor frequência esteve descrita entre os viúvos (12,8%).

Este resultado vem em oposição a outros estudos, os quais apontam que a solidão ou luto pela morte de um cônjuge na senilidade pode ser fator de risco para desenvolvimento de sintomas depressivos (CASTELO, 2004; NARDI; ANDRADE, 2005; MACIEL; GUERRA, 2007; ALVARENGA, 2008; BANDEIRA, 2008; SOUSA, et al., 2010). Onde para Paradela et al. (2005), a presença de um companheiro diminui a prevalência dos sintomas depressivos.

Outro aspecto a se destacar, quanto ao arranjo familiar dos idosos investigados, foi que este demonstrou uma linearidade quanto à frequência de sintomatologia depressiva, e seu maior percentual foi apontado naqueles que vivem com familiares, contudo sem a presença do companheiro (a), totalizando 18,3% dos casos, apontando para a presença de lares multigeracionais.

Trabalhos nacionais e internacionais têm demonstrado que a coresidência não acontece apenas por necessidades dos idosos. Em muitos casos, ela ocorre pela necessidade da população mais jovem, que permanece economicamente dependente de seus pais por períodos mais longos. A inconstância do mercado de trabalho, o maior número de anos passados na escola e a instabilidade das relações afetivas estão entre as causas frequentemente evocadas para explicar essa situação (ORTIZ, 2002; CAMARANO; GHAOURI, 2003; SAAD, 2003).

Prosseguindo, observou-se, quanto à escolaridade e sua associação com a depressão, que a maior frequência de sintomas depressivos foi descrita entre aqueles idosos com até quatro anos de estudo (20,0%) ou os que nunca estudaram ou são analfabetos (17,2%). Fato bastante descrito na literatura, onde é apontada a correlação entre menor escolaridade e maior número de idosos deprimidos (GAZALLE et al., 2004; BÓS; BÓS, 2005; LEITE, et al., 2006; PINTO, et al., 2006).

Além disso, outros estudos têm demonstrado que idosos com menor escolaridade tendem a apresentar sintomas depressivos mais graves (NA, et al., 2007). Constata-se também que, com o aumento de um ano de estudo há uma diminuição de 1,2% na chance de pessoas idosas serem deprimidas (BÓS; BÓS, 2005).

Outro fato ainda a se considerar é que não se observou uma relação de linearidade no tocante à escolaridade e sua relação com a sintomatologia depressiva na população estudada, corroborando com o estudo de Bós e Bós (2005). Todavia, estudos observam uma relação linear, com a prevalência de depressão caindo com a escolaridade (GAZALLE, et al., 2004; LEITE, et al., 2006).

Pode-se observar também, quanto à população investigada, que a maior frequência de sintomatologia esteve presente nos idosos que não possuíam renda (30,4%) ou nos que possuíam renda inferior a um salário mínimo (23,3%), nos que não eram aposentados (22,5%) e que não contribuía para o sustento da casa (23,3%). Embora, em relação ao último tópico, se tomarmos como base contribui ou não para o sustento da casa, sem levar em conta os

critérios totalmente ou parcialmente, observamos que a maior frequência esteve para os que contribuem através do somatório totalmente e parcialmente (30,9%).

Esses dados inferem que o nível econômico apresenta uma relação inversa com os sintomas depressivos, de maneira que indivíduos mais desfavorecidos economicamente apresentam maiores índices de depressão, resultado presente em outros estudos populacionais (GAZALLE, et al., 2004; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; BANDEIRA, 2008; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; LIMA; SILVA; RAMOS, 2009; HOFFMANN et al., 2010, SANTO, et al., 2010).

Onde essa parcela da população submete-se obrigatoriamente a estressores psicológicos e sociais como em nenhuma outra faixa etária, encontrando-se em pior situação financeira, o que resulta em piores condições de moradia e declínio social (BANDEIRA, 2008). Desta maneira, as baixas condições econômicas e de escolaridade são condições que expõem os idosos à vulnerabilidade (GAZALLE, et al., 2004; MARIN et al., 2008).

Ainda segundo Alves (2004), os estudos têm apontado que o baixo nível financeiro dos idosos atua negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar, no acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, mesmo esses sejam disponibilizados adequadamente e, finalmente, nos recursos materiais.

Finalizando o bloco das variáveis sociodemográficas, apesar de se observar diferenças nas proporções dos estratos analisados, não foi possível inferir associações estatísticas significativas das variáveis na análise bivariada e nem no modelo de regressão linear, ou seja, não se obteve resultados significativos ($p\text{-value} < 0,05$) quanto ao sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, arranjo familiar, contribuição para o sustento da casa, renda e situação previdenciária dos idosos investigados.

Esses achados apesar de ir de encontro com algumas pesquisas, onde se verifica associações destas variáveis com a sintomatologia depressiva, corrobora com outros estudos que também não verificam associações em relação ao sexo (LEITE, et al., 2006; BANDEIRA, 2008), faixa etária (LEITE, et al., 2006; BANDEIRA, 2008; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010; FARIA; BARRETO; PASSOS, 2008; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011), situação conjugal (LEITE, et al., 2006; BANDEIRA, 2008; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011), escolaridade (BANDEIRA, 2008; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011), arranjo

familiar (BANDEIRA, 2008), renda (LEITE, et al., 2006; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011) e situação previdenciária (GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011). Nada obstante, não foi possível verificar na literatura descrição quanto associação entre a variável contribuição para o sustento da casa e sintomas depressivos.

Seguindo com o bloco das variáveis referentes às condições de saúde, quanto ao perfil deste, pode-se observar que esse estudo vem a corroborar com outros quando aponta para uma maior proporção de idosos que autopercebem sua saúde como regular (LEBRÃO; DUARTE, 2003; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; NEGRI et al., 2004; LIMA-COSTA; FILHO; MATOS, 2007; CASTRO-COSTA et al., 2008; SANTIAGO; NOVAIS, 2009), independentes para AVD (LEBRÃO; DUARTE, 2003; COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; MACIEL; GUERRA, 2006; ROSA, 2007; NETTO, 2008; SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008; NUNES et al., 2010; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011), independentes para AIVD (LEBRÃO; DUARTE, 2003; MACIEL; GUERRA, 2006; ROSA, 2007; NETTO, 2008; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011) e que não apresentam déficit cognitivo (LEBRÃO; DUARTE, 2003; MACIEL; GUERRA, 2006; ROSA, 2007; NETTO, 2008; LIMA; SILVA; RAMOS, 2009; NUNES et al., 2010; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011; ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Ainda nesse aspecto, observou-se uma maior proporção de idosos que não referiam morte significativa no último ano (GAZALLE et al., 2004), que não relataram internações hospitalares nos últimos seis meses (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; NEGRI et al., 2004; MACIEL; GUERRA, 2006; LIMA-COSTA; FILHO; MATOS, 2007; ROSA, 2007; ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011), não apresentaram dificuldades para ouvir/escutar (MACIEL; GUERRA, 2006; MACIEL; GUERRA, 2007; SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008; CREPALDI, 2009; NUNES et al., 2010; PAIVA et al., 2011) e que autoavaliaram sua audição como boa ou regular (SANTIAGO; NOVAIS, 2009).

No tocante a variável autopercepção da saúde, dentro do conjunto das condições de saúde, e sua associação com a variável sintomatologia depressiva, foi possível observar que a maioria dos idosos investigados referia ter uma saúde ruim (23,6%), como também afirmaram que a sua saúde se apresentava pior (64,7%) quando comparada a de outros idosos. É pertinente lembrar que essas variáveis foram dicotomizadas, como apresentado na metodologia, para efeitos de análise bivariada e do modelo de regressão linear.

Além disso, foi possível verificar forte associação com a sintomatologia depressiva na análise bivariada, tanto para a autopercepção da saúde ($p\text{-value} < 0,001$) através do Teste Qui-quadrado, quanto para a comparação com a saúde ($p\text{-value} < 0,001$) através do Teste Exato de Fisher. Fato bastante notório na literatura gerontológica nacional e internacional, onde a autopercepção de saúde além de importante indicador de bem estar individual e coletivo, apresenta-se como robusto preditor de depressão na população idosa, pois se mostra inteiramente afetada pela presença de sintomas depressivos (FLECK et al., 2002; HAN, 2002; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2005; LENZE et al., 2005; YANG; GEORGE, 2005; DACHS; SANTOS, 2006; MACIEL; GUERRA, 2006; NERI, 2007; BLAZER, 2008; HARTMANN, 2008, SANTO et al., 2010).

Outro aspecto a se considerar seria a capacidade funcional na população idosa, onde esta se apresenta como um dos grandes dos indicadores de saúde nessa população em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. Desta forma, quando analisadas a atividades de vida diárias (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) com a sintomatologia depressiva, pode-se observar, no presente estudo, uma forte associação para ambas na análise bivariada ($p\text{-value} < 0,001$ e $p\text{-value} = 0,02$). Bem como, verificou-se que há certa tendência na diminuição da independência destas quando se passa de não caso para caso (considerando caso os que apresentaram GDS maior que 5 pontos indicando sintomatologia depressiva).

Os dados apontados vêm a corroborar com o estudo realizado na cidade de Botucatu/SP (GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011) e em pesquisa realizada na cidade de Natal/RN (MACIEL; GUERRA, 2006). Como também, em estudo realizado no município de Fortaleza/CE foi possível constatar que de oito idosos que apresentavam algum comprometimento para AVD, seis estavam entre os casos de depressão segundo a Escala de Depressão Geriátrica, demonstrando a correlação, nesta população, entre algum grau de dependência no dia-a-dia e sintomas depressivos (BANDEIRA, 2008).

Deve-se destacar também, que como atividades instrumentais, por se tratar de funções que requerem maior elaboração e coordenação, há maior probabilidade de qualquer alteração mínima já constituem um fator para o desenvolvimento de alguma deficiência e com isso gerar um sentimento negativo, que pode induzir a um episódio depressivo (MACIEL; GUERRA, 2006). Por outro lado, o risco aumentado de depressão nas pessoas idosas com incapacidade, torna-se essencial identificar os fatores que estão causando a limitação, onde a

apatia, redução do prazer nas atividades sociais e retardo psicomotor diminuem a capacidade de execução das AIVD, fazendo com que tarefas aparentemente simples passem a exigir quantidades excessivas de energia, tornando-se extremamente difíceis (STEFFENS et al., 2005; MORAES et al., 2007; SOUZA et al., 2009).

De qualquer forma, as limitações funcionais podem se configurar como os primeiros indicativos de um possível quadro de institucionalização e/ou surgimento de síndromes geriátricas, entre outras complicações, como a depressão. Além disso, a visão de uma provável invalidez e o isolamento social pode contribuir para o surgimento e a persistência desse quadro (MENCHETTI et al., 2001).

Dando seguimento, no presente estudo, pode-se verificar que na associação entre comprometimento cognitivo e estados depressivos na população estudada não houve diferenças significativas nas frequências entre os dois extratos (sem e com déficit cognitivo), bem como na associação bivariada ($p\text{-value} > 0,99$). Embora esse dados possam corroborar com outros estudos (PRINCE et al., 1998; SCHOEVERS et al., 2000), pesquisas demonstram que déficits cognitivos, avaliados a partir do mini-exame do estado mental, estão associados com o aparecimento de depressão (HEUN; HEIN, 2005; BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007; CÓRDOBA, 2008; LIMA; SILVA; RAMOS, 2009).

Já no que concerne a presença de morte significativa no último ano e sua associação com a sintomatologia depressiva, observou-se uma maior proporção de idosos que afirmaram ter existido (17,2%). Entretanto não foi possível estabelecer associações na análise bivariada ($p\text{-value} = 0,769$). Esses dados contrapõem-se ao estudo realizado na cidade de Pelotas/RS (anteriormente descrito no marco teórico) o qual aponta para a associação entre morte de familiar ou pessoa importante e ocorrência de quadros depressivos (GAZALLE et al., 2004).

Analisando a associação entre internações hospitalares nos últimos seis meses e a presença de sintomatologia depressiva, constatou-se uma maior frequência de idosos com sintomatologia depressiva que relataram terem sido internados no último semestre (33,3%). Apesar disso, não foi possível constituir associação desta variável com sintomas depressivos na análise bivariada ($p\text{-value} = 0,09$). Esses dados confirmam o estudo realizado no município de Fortaleza/CE, onde não houve diferença na frequência de casos e não-casos de depressão em pessoas que estiveram internadas nos seis meses anteriores a pesquisa (BANDEIRA, 2008). Entretanto, vai de encontro a um inquérito domiciliar no Município de Itajaí/SC,

realizado com 994 idosos, onde se foi possível demonstrar a relação entre depressão e necessidade de internação nos últimos seis meses (PEREIRA, 2005).

Dando continuidade, essa pesquisa também buscou verificar autoavaliação da audição dos idosos, bem como as dimensões subjetivas da perda auditiva que não aparecem no audiograma, ou seja, as consequências emocionais, sociais e de situação percebidas em função de um possível déficit auditivo e sua relação com sintomas depressivos. Mesmo considerando que o exame audiométrico seja padrão na detecção e quantificação de perdas auditivas, esse se apresenta como um exame objetivo e não é suficiente para demonstrar a real habilidade ou dificuldade comunicativa e de desempenho psicossocial do sujeito avaliado diante de um possível déficit auditivo (SANTIAGO; NOVAIS, 2009).

Frente a isso, observou-se que os idosos com sintomatologia depressiva apresentaram valores médios de desvantagem auditiva superiores aos não-casos (quase o dobro quando comparados casos e não-casos), maior frequência em relatar dificuldades auditivas (23,8%) e maior proporção em autoavaliarem sua saúde auditiva como ruim (onde essa foi dicotomizada para a análise de associações, como apresentado na metodologia). Bem como foi possível verificar associações significativas dessas três variáveis com sintomas depressivos no modelo de análise bivariada ($p\text{-value} < 0,001$, $p\text{-value} = 0,004$ e $p\text{-value} = 0,031$ respectivamente).

Pelo exposto no parágrafo anterior, os dados indicaram uma inter-relação entre desvantagem auditiva/déficit auditivo e sintomatologia depressiva. Onde segundo a literatura científica a deficiência auditiva no idoso pode originar ou agravar quadros depressivos, isto é, quando a comunicação é prejudicada pode ocorrer frustração diante da situação de interlocução, levando o indivíduo ao isolamento social e à depressão (GATES, et al., 2003; RUSSO, 2004; TEIXEIRA et al., 2010; MALHOTRA; CHAN; OSTBYE, 2010).

Quanto ao modelo linear generalizado binomial, após ajuste, pode-se observar que apenas as variáveis autopercepção da saúde, comparação com a saúde e desvantagem auditiva se mostraram associadas à sintomatologia depressiva ($p\text{-value} < 0,05$). Isso vem a apontar que o mesmo foi sensível para determinar quais as variáveis da análise bivariada permaneceriam associadas à sintomatologia depressiva.

Apesar do mesmo ter um poder de explicação de apenas de 28%, através da análise de resíduo foi possível identificar a validade do mesmo, garantindo as comparações realizadas. Sugere-se assim, que o uso desse modelo possa ser de extrema importância para estudar os

efeitos dessas e de outras variáveis frente à sintomatologia depressiva na população idosa, sendo necessário um maior aprofundamento na modelagem metodológica do mesmo. Visto que, em toda a revisão de literatura para essa dissertação, não foi identificado o uso desse tipo de modelagem nos estudos realizados.

No que concerne às limitações deste estudo, pode-se destacar: o uso de roteiro estruturado sujeito a distorções e tendenciosidade do entrevistador e/ou do entrevistado e presença de vários entrevistadores poderá ter causado diferenças na recolha de dados (mesmo que este viés possa ter sido minimizado pelo treino conjunto para uniformização da entrevista e pela realização do teste piloto). Bem como, o delineamento transversal apesar de apresentar vantagens, como a rapidez e os baixos custos, requer algumas precauções na interpretação das associações, em função das dificuldades em estabelecer a relação temporal entre o desfecho e exposições. Onde para minimizar esse problema, evitou-se inferir relações causais entre essas variáveis e o desfecho. Destaca-se também que não se pode desconsiderar, entretanto, a possibilidade de causalidade reversa nas associações encontradas.

De modo geral, os resultados deste estudo estão condizentes com os dados encontrados na literatura nacional e internacional, que apontam prevalências crescentes e significativas de depressão em idosos e sua associação com fatores sociodemográficos e condição de saúde. Diante desse cenário, estratégias voltadas à identificação dos fatores associados à depressão podem ajudar os diversos profissionais dos serviços de saúde, em equipes multidisciplinar/interdisciplinar, inseridos em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária), a compreender a realidade destes indivíduos, bem como, diagnosticar e propor intervenções mais precoces e adequadas possíveis.

Por fim, não se pretendeu com esta pesquisa esgotar o debate sobre a temática, sendo necessários outros estudos para subsidiar as demandas sobre esse assunto.

7. CONSIDERAÇÕES

FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Estudos sobre depressão na população idosa ajudam a compreender como o processo de envelhecimento se manifesta em diferentes grupos sociais. Onde a avaliação do estado de saúde, por sua vez, é um poderoso indicador do processo saúde-doença em idosos.
- Após a análise de dados, verificou-se que a prevalência de suspeita de depressão entre os idosos da amostra estudada foi de 16,3%, mostrando-se a menor prevalência quando comparada a maioria dos estudos da mesma natureza. Como fator explicativo, sugere-se que esse fato possa ser decorrente da especificidade do serviço avaliado, bem como do fato de muitos idosos do presente estudo também participarem de um Programa Permanente para Idosos, a Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI).
- No entanto, os idosos subestimam os sintomas depressivos, seja pela incompreensão da doença ou na tentativa de evitar estigmas e sentimentos de incapacidade. Desta forma, a abordagem do problema deve ser realizada de forma integral, através de um trabalho multidisciplinar.
- Bem como, não se devem considerar as manifestações depressivas em idosos como decorrência natural do envelhecimento, pois se faz necessário conhecimento da magnitude desta doença nos dias de hoje e os graus de incapacidade e custo que esta morbidade causa para os idosos, suas famílias, sociedade e sistema de saúde.
- Faz-se necessária uma maior qualificação dos profissionais dos serviços de saúde inseridos em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária) para compreender a realidade destes indivíduos.
- Para o diagnóstico e tratamento precoce de pacientes com sintomatologia depressiva, é muito importante saber que alguns pacientes com certas características sociodemográficas e de saúde são mais vulneráveis à depressão.

- Existe claramente uma necessidade de maior reconhecimento, acompanhamento e tratamento de sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais com doenças médicas crônicas, dentre estas podemos destacar a deficiência auditiva.
- Os instrumentos utilizados permitiram fazer uma leitura das necessidades de saúde e sociais expressas pelos idosos avaliados. Além disso, mostram que podem ser utilizados tanto na prática clínica quanto em ambiente de pesquisa de campo.
- Que os resultados possam estimular todos os profissionais de saúde que trabalham com essa parcela da população a utilizarem esses instrumentos como meio de captar as necessidades de saúde desta população. Inferindo-se que tais profissionais devem aplicar uma Avaliação Geriátrica Ampla (Yesavage, MEEM, AVD ou AIVD, HANDICAP), independente de suas especialidades, aos idosos sob sua responsabilidade, com o objetivo de melhorar a assistência à saúde; portanto, devendo receber treinamento e serem incentivados para tal.
- É aconselhável também que políticas sociais para a infância e idade adulta se preocupem com ações no sentido de que a população alcance a terceira idade com autonomia, levando-se em conta a alta magnitude das patologias crônicas e outras doenças causadoras de dependência, tais como depressão.
- Em que pese algumas limitações deste estudo, foi possível detectar situação de vulnerabilidade em que se encontram esses idosos, quando se considera suas chances de exposição ao adoecimento, resultantes de um conjunto de aspectos que não são exclusivamente individuais, mas também coletivos e contextuais.
- Ao revelar o perfil das pessoas idosas assistidas pelo Núcleo de Atenção ao Idoso da UFPE, este estudo poderá vir a subsidiar a implementação de respostas apropriadas às suas necessidades.
- Quanto às limitações do estudo, o uso de diversos instrumentos, ao mesmo tempo em que permitiu uma análise multidimensional, por outro, demandou um esforço de concisão na apresentação dos resultados. Tampouco foi possível incluir no texto as

percepções e anotações de campo, pois isso iria requerer análises qualitativas que excederiam os objetivos propostos.

- Ainda no se refere ao aspecto anterior, apesar da relação existente, entre estas variáveis e a tendência à sintomatologia depressiva, não se pode afirmar se é de causa ou consequência, por isso estas variáveis não podem ser consideradas etiológicas. Recomenda-se que estudos longitudinais sejam realizados, a fim de identificar qual é a relação entre estas variáveis.
- Considera-se que a presente investigação alcançou os objetivos propostos tanto do ponto de vista acadêmico, ao permitir a elaboração desta dissertação, bem como quanto da prática clínica, uma vez que será realizada a entrega de um relatório final ao NAI, assim como a apresentação dos seus resultados aos profissionais da área da saúde, para que assim sejam feitas reflexões sobre o modelo assistencial adotado pelo referido núcleo frente ao o atendimento desse grupo populacional.
- Sugerem-se novos estudos com idosos sobre sintomas depressivos em amostras de base populacional, que permitam aprofundamento na relação entre depressão no idoso e seus fatores associados.
- Desta forma, fica aberto o espaço para novas investigações. Certamente, o compromisso continuará...

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F.; BARATA, R. B.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Cien Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.743-756, 2002.

ALMEIDA O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr., São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro, 6.ed. Medsi, p. 149-177, 2003.

ALVES, L. C. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. 2004. 77 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

ÁVILA-FUNES, J. A. Síntomas depressivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública de México, v. 49, n.5, septiembre/octubre, 2007.

BANDEIRA, C. B. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.4, n. 15, out./dez. 2008.

BARRETO, K. M. L. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, jan/mar, 2006.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. sup, p. 1779-1790, 2007.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

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, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1137-1143, 2010.

BLAZER, D. G. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. Gerontologist., v. 48, p. 415-422, 2008.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. J Bras Psiquiatr, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 273-279, 2007.

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

BRASIL. Presidência da República. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8842/94. Brasília, DF, 1994. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 17. Set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 17 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso, Brasília. DF, 1999. Disponível em:< http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 17 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. BRASÍLIA, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Senado Federal. Estatuto do Idoso. Lei 10.741/03. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 17 set. 2010.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro, IPEA, 2003.

_____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de Janeiro, texto para discussão nº 858, 2002. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2010.

CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 190-200, jun, 1993.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 12, n. 2, abr/jun, p. 63-75, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725 -733, mai/jun, 2003.

CASTELO, M. S. Validade da Escala de depressão geriátrica em unidades primárias de saúde na cidade de Fortaleza, Ceará. 2004. 125p. Dissertação (Mestrado em Medicina Clínica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2004.

CASTRO-COSTA, E. et al. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). Rev Bras Psiquiatr., São Paulo, v. 30, n. 2, p. 104-19, 2008.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deteriorização cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M.; (org). Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. 1ª ed. São Paulo: FSP/USP, 2005.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C.; PRIORI, S. E. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

CÓRDOBA, A. M. C. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. Univ. Psychol. Bogotá, Colômbia, v. 7, n. 1, p. 271-281, abr., 2008.

COSTA, E.; BARRETO, S. M.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Agreement between the Geriatric Depression Scale and the General Health Questionnaire in a population-based elderly cohort: The Bambuí Health & Agein Study. Clin Gerontologist., v. 26, n. 3/4, p. 69-82, 2003.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-35, 2006.

COUTINHO, M. P. L.; GONTIÈS, B.; ARAÚJO, L. F.; SÁ, R. C. N. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. Psico-USF, São Paulo, v. 8, n.2, p. 183-192, 2002.

CREPALDI, A. L. Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo: prevalência, fatores associados e uso de serviços de saúde. 2009. 169f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M.; PINHO, M. X. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. R EV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

DACHS, N. W, SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, p. 887-894, 2006.

DJERNES, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. v. 113, p. 372-387, 2006.

DRUCKER, C. Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos: em um serviço de saúde mental de São Paulo. 2005. 174 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.

DUARTE, Y. A.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar, 2007.

ESPMARK, A. K. K. Hearing Problems in the Elderly - outsider and insider perspectives of presbycusis. Göteborg: Departments of Geriatric Medicine and Audiology, Göteborg University, Karolinska Institute, 2002.

ESPMARK, A. K. K.; ROSENHALL, U.; ERLANDSSON, S.; STEEN, B. The two faces of presbycusis: hearing impairment and psychosocial consequences. Int J Audiol. v. 41, n. 2, p.125-135, 2002.

FARIA, A. C. N. B.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais, v. 18, n. 3, p. 175-182, 2008.

FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

_____. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

FRÁGUAS J. R., R. Novas fronteiras na neuroendocrinologia dos transtornos do humor: detectando vulnerabilidade para a depressão. APA Annual Meeting/Congress Update, nº4, Philadelphia (USA), p. 21-22, 2002.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, Ansiedade, Outros Distúrbios Afetivos e Suicídio. In: FREITAS, E. V. et. al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 376-387, 2006.

GATES, G. A.; MURPHY, M.; REES, T. S.; FRAHER.; A. Screening for handicap hearing loss in the elderly. J Fam Pract, v. 52, p. 56-62, 2003.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.

GAZALLE, F. K. et al.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? Rev Bras Psiquiatr., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-149, 2004.

GOMES, J. E. M.; RUIZ, T.; CORRENTE, J. E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. Rev bras med fam comunidade, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 125-132, Abr/Jun, 2011.

GORDIS, L. Epidemiology. Philadelphia, 4th ed. Elsevier/Saunders, 2009.

GUERRA, R. O.; MACIEL, A. C. C. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. J Bras Psiquiatr, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006.

GUIMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. Rev Bras Epidemiol, v. 9, n. 4, p. 481-492, 2006.

HAN, B. Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. J Am Geriatr Soc., v. 50, p. 1549-1556, 2002.

HARTMANN, A. C. V. C. Fatores associados à autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre. 2008 73 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.

HEUN, R.; HEIN, S. Risk factors of major depression in the elderly. Eur Psychiatry, v. 20, n. 3, p. 199-204, 2005.

HOFFMANN, E. J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J. M.; LIMA, E. W. B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. Brasil, 1940 – 2000. Rio de Janeiro, 2000.

_____. Censo Demográfico: Brasil, 1950. Rio de Janeiro: 1980.

_____. Censo Demográfico: Brasil, 1991. Rio de Janeiro: 2000.

_____. Censo Demográfico: Brasil, 2000. Rio de Janeiro: 2000.

_____. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio 2005, Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da População do Brasil. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Comunicação Social, 2008. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272.
Acesso em: 20 set. 2010.

_____. Censo demográfico: Brasil 2010. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_p_rimeniros_resultados.shtm. Acesso em: 15 jul. 2011.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. Estud psicol, Campinas, v. 25, n. 4, p. 517-525, 2008.

IORIO, C. M.; PINZAN-FARIA, V. M. Sensibilidade auditiva e autopercepção do handicap: um estudo em idosos. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 289-299, dez, 2004.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev Psiq Clín, São Paulo, v. 33, p. 74-79, 2006.

KATZ, S., DOWNS, T. D. et al. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, v.10, n.1, Spring, p.20-30. 1970.

KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol Psychiatry., v. 54, p. 216-226, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893098>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2012.

KELLER, I.; MAKIPAA, A.; KALENSCHER, T.; KALACHE, A. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. Geneva, World Health Organization, 2002.

KULAKSIZOGLU, I. B. et al. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. Int Psychogeriatr, v. 17, p. 303-312, 2005.

LAUTENSCHLAGER, L.; TOCHETTO, T.; GONÇALVES, M. S.; BARRETO, D. C. M.; MORO, M. P.; BOLZAN, G. P. Percepção de idosos socialmente ativos quanto às desvantagens causadas pela dificuldade auditiva. Einstein, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 155-158, 2008.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organizações Pan-americanas da Saúde, São Paulo, 2003.

_____.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v.8, n.2, p.127-141, 2005.

LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, jan-mar, 2006.

LENZE, E. J. et al. The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the Cardiovascular Health Study. Journal of the American Geriatric Society, v. 53, n. 4, p. 569-575, 2005.

LIMA, M. T. R.; SILVA, R. S.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. J Bras Psiquiatr, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009.

LIMA-COSTA, M. F. A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Nespe, Fiocruz, UFMG, 2004.

_____.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio –jun, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

_____. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. Cad Saude Pública, Rio de Janeiro, v. 21, p. 830-839, 2005.

LIMA-COSTA, M. F.; FILHO, A. I. L.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 2003). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2467-2478, out, 2007.

LOURENÇO, R. A.; LINS, R. G. Saúde do homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Rio de Janeiro, ano 9, suplemento 2010, p. 12-19, 2010. Disponível em:<http://www.lampada.uerj.br/revistahupe/images/revista/Ano9_Suplemento2010/artigo_1.pdf>. Acesso em: 10 de jan. 2012.

LINHARES, C. R. C. et al. Perfil da Clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no Nordeste do Brasil. Rev Bras Epidemiol., São Paulo, v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007.

MAIA, F. O. M. et al. Fatores de risco para mortalidade em idosos. Rev Saúde Pública, São Paulo, 2006.

MALHOTRA, R.; CHAN, A.; OSTBYE, T. Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms among elderly people in Sri-Lanka: findings a national survey. Int Psychogeriatr., v. 22, p. 227-236, 2010.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L. C. O.; RODRIGUES, L. C. R.; RICCI, F. A.; DRUZIAN, S. Diagnósticos de Enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família. Esc Anna Nery Rev Enferm., Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 278-84, 2008.

MCDUGALL, F. A.; KVAAL, K.; MATTHEWS, F. E.; PAYKEL, E.; JONES, P. B.; DEWEY, M. E.; BRAYNE, C. Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA Study. Psychological Medicine. v. 37 n. 12, p. 1787–1795, 2007.

MENCHETTI, M.; FAVA, C.; BERARDI, D. Disability associated with depressive symptoms in elderly primary care attenders. Arch Gerontol Geriatr, v. 7, p. 261-266, 2001.

MENEGOTTO, I. H. et al. Correlação entre perda auditiva e resultados dos questionários Hearing Handicap Inventory for the Adults - Screening Version HHIA-S e Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening Version - HHIE-S. Arq. Int. Otorrinolaringol., v. 15, n. 3, p. 319-326, 2011.

MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. Rev Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre v. 29, n. 1, p. 70-79, 2007.

NA, Y. et al. The Relationship between Depressive Symptoms in Outpatients with Chronic Illness and Health Care Costs. Yonsei Med J., Coréia, v. 48. n. 5, out, p. 787-794, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628144/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2012.

NAKATANI A. Y. K. et al. Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. Rev Soc Bra Clín Méd, v. 1, n. 5, p. 131-136, 2003.

NARDI, E. F. R.; ANDRADE, O. G. Estados depressivos entre idosos na comunidade – Jandaia do Sul, Paraná, Brasil. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 9, n. 2, p. 109-116, mai/ago, 2005.

NEGRI, L. S. A. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1033-1046, 2004.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Editora Alínea, 2007. p. 13-59.

NETTO, M. C. Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos. 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, Botucatu, SP, 2008.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES. L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006.

OLIVEIRA, J. As concepções dos profissionais de saúde sobre a velhice, o envelhecimento e o idoso. 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Projeto saúde, bem estar e envelhecimento (SABE) no Município de São Paulo. 2000. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=70>>. Acesso em: 20 set. 2010.

_____. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências, Brasília, DF, 2009.

ORSI, L.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.

ORTIZ, L. P. Indicadores sociales. In: Envejecer en España: II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. IMSERSO, Madrid, 2002.

PAIVA, K. M. et al. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1292-1300, jul, 2011.

PARADELA, E. M. P., LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PEREIRA, S. P. Prevalência de depressão na população idosa de Itajaí (SC): relação com variáveis biopsicossociais. 2005. 84 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2005.

PFAFF, J. J.; ALMEIDA, O. P. Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. Journal of Affective Disorders, v. 83, n. 1, p. 73-77, 2004.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

PINTO, J. L. G.; et al. Características do Apoio Social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 753-764, jul./set. 2006.

PONTES, R. J. S.; JUNIOR, A. N. R.; KERR, L. R. S.; BOSI, M. L. M. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHOR, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo, 2.ed. Atheneu, p. 123-751, 2009.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. Acta Scientiarum Maringá, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002.

PRINCE, M. J.; HARWOOD, R.H.; THOMAS, A.; MANN, A. H. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. Psychol Med v. 28, p. 337-350, 1998.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-78.

_____. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai/jun, 2003.

RIED, L. D.; PLANS, L. G. Aging, health, and depressive symptoms: are women and men different? Journal of Women's Health (Larchmt), v. 11, n. 9, p. 813-824, 2002.

ROCHA, F. L. Depressão no idoso. J. Bras. Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 42, n.9, p. 483-490, 1993.

ROSA, P. V. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil. 2007. 81 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2007.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. Modern Epidemiology. 3th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

RUSSO, I. C. P. Distúrbios da audição: a presbiacusia. In: RUSSO, I. C. P. Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade, Rio de Janeiro: Revinter, 2004, cap. 4, 51-82.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. Interdiscip. Envelhec., Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTANA, A. J.; FILHO, J. C. B. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. Revista Baiana de saúde Pública, Salvador, v.31, n.1, p.134-146, jan./jun. 2007.

SANTIAGO, L. M.; NOVAES, C. O. Auto-avaliação da audição em idosos. Rev CEFAC, São Paulo, v. 11, Supl1, p. 98-105, 2009.

SANTO, C. A. F. E. et al. Determinantes do risco de depressão nos idosos em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. 2010. 19 f. Monografia (Especialização Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2010.

SCHNAIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional de idosos. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

SCHOEVERS, R. A. et al. Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AMSTEL). J Affect Disord, v. 59, n. 2, p. 127-137, 2000.

SCHRAMM, J. M. A. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 897-908, 2004.

SNOWDON, J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? Rev. Bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro, v.24, Supl I, p. 42-47, 2002.

SIEGEL, S. J.; HOOVER, L. S. Demographic aspects of the health of the elderly to the year 2000 and beyond, Wld Hlth Stat., v. 35, p. 133-202, 1982.

SINCLAIR, J. M. et al. Suicide in depressive disorders: A retrospective case-control study of 127 suicides. Journal of Affective Disorders, 2005, (no prelo).

SIQUEIRA, G. R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009.

SOUSA, M. et al. Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. Rev Port Clin Geral, v. 26, p. 384-91, 2010.

SOUZA, A. L. F. et al. Frequência de suspeita de depressão em idosos atendidos em um ambulatório de gerontologia de Belo Horizonte. ConScientiae Saúde, São Paulo, v. 8, n. 4, 627-633, 2009.

SOUSA, R. L. et al. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro,

v. 56, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a05v56n2.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2011.

_____.; MEIDEIROS, J. G. M.; MOURA, A. C. L.; SOUZA, C. L. M.; MOREIRA, I. F. Validade e fidedignidade da escala de depressão geriátrica na identificação de idosos deprimidos de um hospital geral. J Bras Psiquiatr., Rio de Janeiro, v.56, n. 2, p. 102-107, 2007.

STEFFENS, D. C, et al. Biological and social predictors of long-term geriatric depression outcome. Int Psychogeriatr, v. 17, p. 41-56, 2005.

TEIXEIRA, A. R. et al. Associação entre Perda Auditiva e Sintomatologia Depressiva em Idosos. Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo, v.14, n.4, p. 444-449, Out/Nov/Dez, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. Portaria Normativa nº 04/04. Recife, PE, 2004. Disponível em:<<http://www.ufpe.br/progepe/images/boletins/antigos/2004/bo2004/bo200412.htm>>. Acesso em: 17 set. 2010.

VENTRY, I. M.; WEINSTEIN, B. E. The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: a new tool. PubMed, v.3, n.3, p.128-134, 1982. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7095321>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____.; WEINSTEIN, B. E. Identification of elderly people with hearing problems. PubMed, v.25, n.7. p.37-42, 1983. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6626295>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

VERAS, R. P. País Jovem de Cabelos Brancos: A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

_____.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHES, M. A. S.; CHAVES, P. H. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 2002.

_____.; LOURENÇO, R. A. Mine-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saúde Pública, v. 40, n. 4, 712-719, 2006.

_____. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad. Saúde Pública, v.23, n.10, p. 2.463-2.466, 2007.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, 548-554, 2009.

_____.; DUTRA, S. Questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS). Versão 2000. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/publi/questionarioBoas.rtf>>. Acesso em 05 out. 2010.

WIESELBERG, M. B. A auto-avaliação do *handicap* em idosos portadores de deficiência auditiva: o uso do HHIE. 1997. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev. Bras. Estud. Popul., v.23, n.1, p. 5-26, 2006.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. Journal of Aging and Health, v. 17, n. 3, p. 263-292, jun, 2005.

ZAR, J. H. Biostatistical Analysis. 4th ed., Prentice Hall, New Jersey, 663 p. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V. Sr^a a participar do estudo sobre: **“PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS ASSISTIDOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO GERONTO-GERIÁTRICO”**. A pesquisa está sendo desenvolvida por **Avelino Maciel Alves de Aguiar**, Fonoaudiólogo, aluno do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva (Universidade Federal de Pernambuco - UFPE) e orientado pela Prof^a Dr^a Márcia Carrera Campos Leal.

O objetivo desta pesquisa é investigar a prevalência de depressão em idosos assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE e fatores associados. Este estudo pode oferecer risco (de constrangimento) direto e/ou indireto ao participante, porém, respeita as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 e garante a preservação da identidade deste. Como benefícios diretos, serão realizadas orientações e encaminhamentos na área de Gerontologia quando se fizer necessário, bem como indiretamente este estudo, após sua conclusão, passa a contribuir para o planejamento de ações que visem reduzir os efeitos dessa enfermidade na qualidade de vida das pessoas.

Pois os esforços no sentido de identificar os fatores associados com o surgimento de depressão em idosos, podem colaborar para a construção de estratégias amplas de intervenção por equipes multiprofissionais. Com isso a sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhuma consequência pela sua escolha. Para maiores esclarecimentos, pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPE, situado à Av. Prof. Moraes Rêgo s/n, 1º Andar, Cid. Universitária, 50670/901, Recife-PE, telefone (81) 2126-8588, em caso de dúvidas ou acontecimentos não previstos.

Assim, para a realização desta pesquisa solicitamos sua permissão para que a entrevista seja realizada com o pesquisador responsável ou técnico treinado, como também a autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicações em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, **seu nome será mantido em absoluto sigilo**. Estaremos a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em alguma das etapas da pesquisa. O endereço, o telefone e o e-mail para contato é:

- Fone: 8860 -3398/2126 - 7366 (Avelino Maciel – pesquisador responsável)

- Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI)
Centro de Ciências da Saúde – Campus da Universidade Federal de Pernambuco
Av. Prof. Moraes Rego S/N – CDU – Recife. CEP: 50.739.970.
Fone: 2126 7366 fax:2126 7367
- e-mail: macielaguiar@hotmail.com

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicar os resultados.

Recife - PE ____/____/____.

Assinatura do participante

Avelino Maciel Alves de Aguiar
Pesquisador Responsável

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE 02

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº QUESTIONÁRIO: _____

DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 Nº Questionário: _____ NQUEST: _____ Entrevistador: _____	
02 Data da entrevista: ____/____/____	03 Nº do idoso: _____ NIDOSO: _____ (PRONTUÁRIO E ANO)
Nome: _____	

A) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

04. Data de Nascimento Data: ____/____/____	05. Idade (anos completos) IDADE: _____
06. Sexo (0) Masculino (1) Feminino	SEXO: _____
07. Situação Conjugal ESTADOCONJ: _____ (0) Mora com o esposo (a) ou companheiro (a) (1) Nunca se casou ou morou com companheiro (a) (2) Viúvo (a) ou sem companheiro (a) atual (3) Separado (a) ou divorciado (a)	08. O Sr(a) tem/teve filhos? FILHOS: _____ (0) Sim (1) Não
09. O Sr(a) estudou? (0) Sim (1) Não ESTUDA: _____	10. Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (0) Superior completo (1) Superior incompleto (2) 2º grau completo (3) 2º grau incompleto (4) 1º grau completo (5) 1º grau incompleto (6) Primário completo (7) Primário incompleto (8) Nenhum ESCOLARIDADE: _____ ANOESTUDO: _____
11. Situação Previdenciária (0) Aposentado(a) (1) Pensionista (2) Aposentado(a) e pensionista (3) Não é aposentado(a) SITUPREV: _____	12. Caso não seja aposentado (a) ou pensionista, o Sr. (a) recebe receita por... (0) Aposentado (a)/pensionista (1) Ajuda de familiares (2) Aluguel ou aplicação bancária pensão (3) Trabalha (4) Recebe ajuda de programas do governo (5) Outra fonte ORIGEMRENDA: _____

<p>13. Rendimento mensal individual Renda (SM): _____</p> <p>(0) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 545,00) (1) De 1-2 salários mínimos (De R\$545,00 a R\$1.090,00) (2) De 2-4 salários (De R\$ 1.090,00 a R\$ 2.180) (3) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.180,00) (4) Sem renda</p> <p style="text-align: right;">RENDA: _____</p>	<p>14. Contribuição para o sustento da casa</p> <p>(0) Sim, totalmente (1) Sim, parcialmente (2) Não contribui</p> <p style="text-align: right;">SUSTFAM: _____</p>																																													
<p>15. Com quem você vive?</p> <p style="text-align: center;">MORACOM _____ NMORADOR _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">Não</th> <th style="width: 10%;">Sim</th> <th style="width: 10%;">Quantos</th> <th style="width: 10%;">Não responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(0) esposo (a) ou companheiro (a)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>(1) Filho (a) ou enteado (a)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>(2) Genro ou nora</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>(3) Neto (a)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>(4) Irmão (a) ou cunhado</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>(5) Outros parentes</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>(6) Amigo (a) ou conhecido (a)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>(7) Mora sozinho (a)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> </tbody> </table>			Não	Sim	Quantos	Não responde	(0) esposo (a) ou companheiro (a)	(0)	(1)		(9)	(1) Filho (a) ou enteado (a)	(0)	(1)		(9)	(2) Genro ou nora	(0)	(1)		(9)	(3) Neto (a)	(0)	(1)		(9)	(4) Irmão (a) ou cunhado	(0)	(1)		(9)	(5) Outros parentes	(0)	(1)		(9)	(6) Amigo (a) ou conhecido (a)	(0)	(1)		(9)	(7) Mora sozinho (a)	(0)	(1)		(9)
	Não	Sim	Quantos	Não responde																																										
(0) esposo (a) ou companheiro (a)	(0)	(1)		(9)																																										
(1) Filho (a) ou enteado (a)	(0)	(1)		(9)																																										
(2) Genro ou nora	(0)	(1)		(9)																																										
(3) Neto (a)	(0)	(1)		(9)																																										
(4) Irmão (a) ou cunhado	(0)	(1)		(9)																																										
(5) Outros parentes	(0)	(1)		(9)																																										
(6) Amigo (a) ou conhecido (a)	(0)	(1)		(9)																																										
(7) Mora sozinho (a)	(0)	(1)		(9)																																										

B) CONDIÇÃO DE SAÚDE

<p>16. O (a) senhor (a) diria que sua saúde é:</p> <p>(0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim</p> <p style="text-align: right;">SAUDEAUTO _____</p>	<p>17. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o Sr. (a) diria que a sua saúde é:</p> <p>(0) Muito pior (3) Muito melhor (1) Pior (2) Melhor</p> <p style="text-align: right;">SAUDECOMP: _____</p>
<p>18. No último ano o (a) Sr. (a) perdeu algum ente querido? (falecimento)</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p style="text-align: right;">PERDA _____</p>	<p>19. Falecimento na família:</p> <p style="text-align: right;">PERDAFAM _____</p> <p>(0) Não houve perda de familiar (1) Esposo (a) ou companheiro (a) (2) Filho (a) ou enteado (a) (3) Genro ou nora (4) Neto (a) (5) Irmão (a) ou cunhado (6) Outros parentes</p>
<p>20. Nos últimos seis meses o (a) Sr. (a) teve alguma internação hospitalar?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p style="text-align: right;">IRINTERNACAO _____</p>	<p>21. Caso resposta seja sim:</p> <p>(0) Não se aplica (NSA)</p> <p style="text-align: right;">QUANTIDADE: _____ DURAÇÃO: _____ MOTIVO: _____</p>

22. Capacidade Funcional

22.1 Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD)		
Escala de KATZ		
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho: a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (Ex: costas ou per nas).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir: para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidas.		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
Banheiro: a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar a própria roupa. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou a comadre à noite.	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência: a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
<input type="checkbox"/> Deitar-se e levantar-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	<input type="checkbox"/> Não sai da cama.
Continência: “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes” (ocasionais) * acidentes = perdas urinárias ou fecais)	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação: a função “alimentação” relaciona-se ao fato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação.		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.
Classificação pelo Índice de AVDs de Katz (Total de respostas SIM) Obs: as respostas SIM são as primeiras respostas		AVD _____

Fonte: Katz S et al., 1970.

22.2 Formulário de Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)		
Escala de LAWTON		
ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
1. O (a) Sr (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
2. O (a) Sr (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
3. O (a) Sr (a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
4. O (a) Sr (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
5. O (a) Sr (a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
6. O (a) Sr (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
7. O (a) Sr (a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
8. O (a) Sr (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
9. O (a) Sr (a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL	AIVD: _____	

Fonte: Lawton & Brody (1969).

Obs: As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Classificação do Índice de AIVDs (LAWTON)	PONTUAÇÃO
Sem ajuda (independência)	03
Com ajuda parcial (dependência parcial ou capacidade com ajuda)	02
Não consegue (dependência)	01
Obs: Pontuação máxima atingida na aplicação desta escala	27 pontos

23. Humor (Escala de Depressão Geriátrica – GDS)* OBS: As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.


INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.	
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim () Não ()
2. Você se aborrece com frequência?	Sim () Não ()

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

* Adaptado de Yesavage JA et. al. *J Psychiat Res*, 1983; 17 (1):37 – 49.

24. Cognição (Mini-Exame do Estado Mental – MEEM)

INSTRUÇÕES:				
DOMÍNIOS			ERRADO	CERTO
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês	0	1
		Dia da semana	0	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	0	1
		Cidade	0	1
		Bairro ou rua próxima	0	1
		Local geral – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI)	0	1
		Local específico – em que local nós estamos? (consultório)	0	1
3. Memória imediata (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos na ordem até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1

4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	100 - 7 = 93 93-7 = 86 86-7 = 79 79-7 = 72 72-7 = 65	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1
4b. (0 - 5 pontos)	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1
5. Memória de evocação (0 - 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	0 0 0	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	0 0	1 1
7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	a) Pegue o papel com a mão direita; b) Dobre-o ao meio; c) Ponha-o no chão;	0 0 0	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	0	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <u>ESCREVA UMA FRASE QUE TENHA COMEÇO, MEIO E FIM E FAÇA SENTIDO.</u>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS			MEEM _____	

Fonte: Folstein, 1975.

25. Audição

25.1 O senhor (a) tem dificuldades para ouvir/escutar?	
(0) Não (1) Sim	DIFIAUDIO _____
25.2 O (a) senhor (a) diria que sua audição é:	
(0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	AUTOAUDIO _____

25.3 HANDICAP AUDITIVO (OBS: As perguntas não podem ser alteradas).

INSTRUÇÕES: A seguir eu irei fazer 10 perguntas, o (a) Sr. (a) deverá escolher apenas uma resposta para cada pergunta, colocando um (X) naquela que julgar adequada. Algumas perguntas são parecidas, mas na realidade têm pequenas diferenças que permitem melhor avaliação das respostas. Não há resposta certa ou errada. Você deverá marcar aquela que julgar ser a mais adequada ao seu caso ou situação.

1. A dificuldade em ouvir faz você se sentir constrangido ou sem jeito quando é apresentado a pessoas desconhecidas?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
2. A dificuldade em ouvir faz você se sentir frustrado ou insatisfeito quando conversa com pessoas de sua família?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
3. Você sente dificuldade em ouvir quando alguém fala cochichando?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
4. Você se sente prejudicado em função de seu problema auditivo?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
5. A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando visita amigos, parentes ou vizinhos?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
6. A dificuldade em ouvir faz com que você vá a serviços religiosos menos vezes do que gostaria?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
7. A dificuldade em ouvir faz você ter discussões ou brigas com sua família?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
8. A diminuição da audição lhe causa dificuldades para assistir TV ou rádio?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
9. Você acha que a dificuldade em ouvir limita de alguma forma sua vida pessoal ou social?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
10. A diminuição da audição lhe causa dificuldades quando você está num restaurante com familiares ou amigos?	() SIM = 4 () AS VEZES = 2 () NÃO = 0
TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS	HANDICAP _____

Fonte: Wieselberg, 1997.

APÊNDICE 03

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, eu, abaixo assino pesquisador do projeto: “PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS ASSISTIDOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO GERONTO-GERIÁTRICO”, assumindo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, igualmente, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término do estudo. Informarei e apresentarei, sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pela instituição onde está sendo realizado o estudo, relatório sobre andamento da pesquisa, comunicando ao Comitê de Ética qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Recife, ____ de _____ de 2011.

Avelino Maciel Alves de Aguiar

Pesquisador Responsável



ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 179/2011 - CEP/CCS

Recife, 24 de maio de 2011

Registro do SISNEP FR – 408928
CAAE – 0066.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 091/11
Título: Prevalência de depressão e fatores associados em idosos assistidos em serviço especializado geronto-geriátrico.
Pesquisador Responsável: Avelino Maciel Alves de Aguiar

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 24 de maio 2011.


Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE


Ivan Santiago da Silva
Assistente em Administração
SIAPE 1733109
UFPE Diretoria do CCS/UFPE

Ao
Mestrando Avelino Maciel Alves de Aguiar
Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva - CCS/UFPE

ANEXO B

CARTA DE ANUÊNCIA DO NAI/UFPE



Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Pró-Reitoria de Extensão - Proext
Programa do Idoso – Proidoso

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em receber **AVELINO MACIEL ALVES DE AGUIAR**, Fonoaudiólogo, aluno do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva – PPGISC do Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, facultando-lhe o uso das instalações do Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/PROIDOSO/PROEXT/UFPE, o qual sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal, desenvolverá o projeto de pesquisa intitulado “**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS ASSISTIDOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO GERONTO-GERIÁTRICO**”, informamos que a coleta dos dados deverá ser previamente agendada junto a Secretaria Administrativa do NAI, bem como só será iniciada após a provação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCS/UFPE).

Recife, 28/02 de 2011.

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques
Coordenação PROIDOSO/PROEXT/UFPE