



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

RITA DE CÁSSIA HOFFMANN LEÃO

DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM HOMENS IDOSOS
ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

RECIFE

2016

Rita de Cássia Hoffmann Leão

Depressão e fatores associados em homens idosos
assistidos na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira
Moreira

Co-Orientadora: Dra. Vanessa de Lima
Silva

Recife

2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

L437d Leão, Rita de Cássia Hoffmann.
Depressão e fatores associados em homens idosos assistidos na
Atenção Básica / Rita de Cássia Hoffmann Leão. – 2016.
92 f.: il.; tab.; quad.; gráf.; 30 cm.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde do homem. 2. Idoso. 3. Depressão. I. Moreira, Rafael da
Silveira (Orientador). II. Título.

610 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-158)

Rita de Cássia Hoffmann Leão

Depressão e fatores associados em homens idosos
assistidos na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovado em: 29/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Rafael da Silveira Moreira
Orientador

Professora Doutora Ana Paula de Oliveira Marques
Membro Titular Interno

Professora Doutora Bernadete Perez Coelho
Membro Externo

Dedico às pessoas mais importantes da
minha vida: meus pais
Sônia Hoffmann Leão e Luiz Gonzaga
Ferreira Leão, pelo amor e incentivo
dedicados à minha formação.

Ao meu querido esposo, José Fernando
Gomes da Silva, e em especial ao meu
filho amado, Luiz Fernando Leão e Silva,
que Deus te guarde!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir a realização de mais um sonho!

Aos meus pais, que sempre me incentivaram nos estudos e em toda a minha jornada.

Ao meu esposo, pelo incentivo, apoio e colaboração em todo o período deste Mestrado.

Ao Professor Dr. Rafael da Silveira Moreira, pela orientação, aprendizado, incentivo, dedicação, e compreensão, sempre presente, na condução dessa pesquisa.

À Professora Dra. Vanessa de Lima Silva, pela co-orientação, aprendizado, incentivo e grande colaboração nesta pesquisa.

À Professora Doutora Márcia Carréra Campos Leal, pelo aprendizado em sala de aula e no estágio de docência, incentivo, dedicação e colaboração.

À Professora Doutora Ana Paula de Oliveira Marques, pelas oportunidades de aprendizagem na área da Gerontologia e no estágio de Docência, sempre com comentários construtivos, e pela disponibilidade em participar da minha banca examinadora.

Ao Professor Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann, pelos valiosos ensinamentos de Bioética e pela disponibilidade em participar da minha Banca Examinadora.

À Professora Doutora Bernadete Perez Coelho, pela disponibilidade em participar da banca examinadora.

À Professora Doutora Isolda Belo pela disponibilidade em participar da banca de Qualificação, sempre com sugestões pertinentes para o melhoramento desse trabalho.

Ao Doutor Ítalo Rachid pelos conhecimentos inovadores e inspiradores transmitidos na Pós-Graduação, de grande contribuição nesta jornada científica.

Ao Doutor Lair Ribeiro pelos ensinamentos valiosos e transformadores em minha vida acadêmica e profissional.

À minha querida prima Maria de Fátima Galdino da Silveira, cujo amor e entusiasmo pela ciência, me serviram de exemplo e contribuíram para minha chegada até aqui.

À amiga Catarina Magalhães Porto, por toda a trajetória de companheirismo e incentivo anterior a nossa inserção no PPGERO.

À amiga Jaqueline Maria de França, pelo companheirismo e disponibilidade para ajudar.

Aos DEMAIS colegas do PPGERO, pelos bons momentos de encontros, aprendizagem coletiva e atitudes de companheirismo.

Aos amigos do Núcleo de Atenção ao Idoso, especialmente Mário Roberto Agostinho da Silva, pelo acolhimento e incentivo à pesquisa científica, ao longo dos mais de três anos de atividade como voluntária.

Aos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde do Jordão Alto, em especial à Walquiria Dutra, Sonia Batista, Karla Lopes, Hérimé Assis, Josué Torres, Helena Souza, Sandra César e Edileuza Assis, pela convivência, aprendizado e trabalho árduo durante todo o período da coleta de dados.

Aos 162 idosos entrevistados, pela grande contribuição neste estudo.

Ao meu estimado Gerente da Unidade de Saúde Jordão Alto, Sr. Ademilson José Gomes de Oliveira, pelo apoio incondicional desde os primeiros dias de aula no Mestrado.

Aos docentes do PPGERO, pelos conhecimentos adquiridos nas diversas áreas Gerontologia e pela oportunidade em cursar disciplinas que serviram de embasamento para a concretização deste trabalho e aprimoramento profissional.

Ao secretário do PPGERO, Manoel Raymundo de Carvalho Neto, pela valiosa colaboração nos diversos requerimentos acadêmicos.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram e torceram pelo sucesso deste estudo,

Meu muito obrigada!

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros.
A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.”

Cora Coralina

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional é um fenômeno global e traz consigo novos desafios aos Serviços de Saúde e a sociedade. A depressão é uma das doenças que mais acomete a população idosa, podendo ocasionar alterações em sua funcionalidade e comprometer a sua qualidade de vida, e por isso, precisa ser bem investigada, começando pela Atenção Básica e com um olhar diferenciado para o homem idoso, por se tratar de um público com suas particularidades.

OBJETIVO: Identificar a prevalência da depressão em idosos do sexo masculino e os fatores associados. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo epidemiológico, de corte transversal, com avaliação de 162 homens idosos, sem déficit cognitivo e sem comprometimento de comunicação, atendidos na Atenção Básica em comunidade do Recife. A análise descritiva foi feita por meio de tabela de frequência e de medida de tendência central conforme a natureza das variáveis analisadas. Através da Análise de Classes Latentes foi criada a variável dependente da depressão com 4 categorias em uma escala ordinal a partir de 15 variáveis indicadoras. Testes de Qui-Quadrado ou Exato de Fisher e Análise de Resíduos Padronizados testaram a associação e modelos de regressão logística ordinal simples e múltipla testaram o efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente. O nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS: Dos 162 idosos investigados, observou-se que tanto os dados clínicos quanto a escolaridade apresentaram efeitos significantes e independentes das demais variáveis sobre a depressão. Os idosos sem grau de escolaridade apresentaram 90% de probabilidade de se tornarem deprimidos, enquanto que naqueles com até 4 anos de estudo, a chance é de 2,43 vezes maior, em relação aos que tem 5 anos ou mais de estudo. No que se refere aos dados clínico-laboratoriais, observou-se que os idosos que apresentaram níveis normais de cortisol tinham 66% menos chances de se tornarem deprimidos, e uma chance maior para aqueles com baixos níveis de Vitamina D (10 vezes mais) e de Testosterona (2,24 vezes mais), e altos níveis de TSH (15 vezes mais). O instrumento de rastreamento utilizado neste estudo foi a Escala de Depressão Geriátrica com versão reduzida - GDS 15. Foi observado que três perguntas (Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? e Acha que tem muita gente em situação melhor?) podem ser parte da realidade de muitos idosos, sem que necessariamente isto signifique sintomatologia depressiva. Estas perguntas possuem o mesmo peso que outras perguntas mais direcionadas ao diagnóstico de depressão, o que torna mais frágil uma análise principalmente nos pontos de corte.

CONCLUSÃO: A prevalência da depressão na população estudada foi de 29% estando associada ao baixo grau de escolaridade e às alterações dos dados clínicos investigados. Cabem neste contexto, ações para a melhoria dos serviços de saúde e ações educativas, bem como a capacitação na área Gerontológica para as equipes multi e interdisciplinares, contribuindo para um diagnóstico precoce e condução adequada do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem. Idoso. Depressão.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Population aging is a global phenomenon and brings new challenges to health services and society. Depression is a disease that affects more the elderly and can cause changes in its functionality and compromise their quality of life, and therefore must be well investigated, starting with primary care and with a different look for the old man, because it is a public with its peculiarities. **OBJECTIVE:.** Identify the prevalence of depression in elderly men and the associated factors. **METHOD:** an epidemiological study, cross-sectional was conducted with evaluation of 162 elderly people without cognitive impairment and without communication commitment, met in Primary Recife community. A descriptive analysis was made by means of frequency and central tendency measure table depending on the nature of the variables. By Latent Class Analysis was created the dependent variable with 4 categories on an ordinal scale from 15 indicator variables. Chi-square test or Fisher's exact and standardized waste analysis tested the association and regression simple and multiple ordinal logistic models tested the effect of independent variables on the dependent variable. The level of significance was 5%. **OVERALL RESULT:** Of investigated 162 elderly, it was observed that both the clinical data and the level of education showed significant and independent effects of other variables on depression. Older people without schooling had 90% probability of becoming depressed, while those with up to 4 years of study, the chance is 2.43 times higher than those who have five years or more of study. With regard to the clinical and laboratory data, it was observed that the elderly with normal cortisol levels were 66% less likely to become depressed, and a greater chance for those with lower levels of vitamin D (10 times more) and testosterone (2.24 times more) and high TSH levels (15 times more). The screening instrument used in this study was the Geriatric Depression Scale with reduced version - GDS 15. It was observed that three questions (decreased most of its activities and interests? Prefer staying home to going out and doing new things? And Think there are many people better off?) can be part of the reality of many elderly without necessarily mean that depressive symptoms . These questions have the same weight as other more questions directed to diagnosis of depression , which makes primarily weaker analysis in cutoffs . **CONCLUSION:** The prevalence of depression in this population was 29% and is associated with low level of education and changes in clinical data investigated. Fit this context, actions to improve health services, educational actions and training in Gerontology area for multi and interdisciplinary teams, contributing to early diagnosis and proper conduct of the treatment.

KEY WORDS: Man's health. Elderly. Depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura - 1	Região Político Administrativa 6 - Recife	36
Figura - 2	Variáveis categóricas binárias indicadoras da escala GDS (15) que compuseram a variável categórica latente com quatro categorias ordinais	44
Gráfico - 1	Pirâmides etárias absolutas.	23
Gráfico - 2	Crescimento populacional segundo as regiões brasileiras.	24
Gráfico - 3	Composição da população residente total, por sexo e grupo de idade – Brasil – 1991/2000.	27
Gráfico - 4	Frequência absoluta e relativa por classe.	50
Gráfico - 5	Probabilidades de pertencimento em cada classe latente segundo a resposta na GDS	50
Quadro - 1	Variáveis Independentes	41
Quadro - 2	Variáveis independentes quanto aos blocos de análise	45

LISTA DE TABELAS

Tabela - 1	População do Recife, Pernambuco e Brasil, segundo sexo e faixa etária, em 2010.	37
Tabela - 2	Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados	49
Tabela - 3	Discriminação entre as quatro classes latentes geradas	51
Tabela - 4	Associação entre as duas formas de classificação da Depressão - Teste do Qui-quadrado	53
Tabela - 5	Análise descritiva das variáveis independentes segundo a variável dependente	54
Tabela - 6	Resultados para a depressão a partir dos modelos simples e múltiplos de regressão logística ordinal. Recife, 2016	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACL -	Análise de Classes Latentes
ACTH -	Hormônio Adrenocorticotrófico
AIC -	Critério de Informação de Akaike
APS -	Atenção Primária à Saúde
BIC -	Critério de Informação Bayesiano
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisas
DCNT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHT -	Dihidrotestosterona
DSM-	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
FSH -	Hormônio Folículo Estimulante
GDS -	Escala de Depressão Geriátrica
GH -	Hormônio do Crescimento
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGF1 -	Somatomedina C
LH -	Hormônio Lueinizante
MEEM -	Mini Exame do Estado Mental
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OR -	Odds Ratio
PNSPI -	Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
S-DHEA -	Sulfato de Dihidroepiandrosterona
SHBG -	Globulina Ligadora dos Hormônios Sexuais
SUS -	Sistema Único de Saúde
TSH -	Hormônio Estimulante da Tireóide
T3 -	Triiodotironina
T4 -	Tiroxina
UFPE -	Universidade Federal de Pernambuco
USF -	Unidade de Saúde da Família
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	21
2.2	A SAÚDE DO HOMEM IDOSO.....	25
2.3	A DEPRESSÃO NO CENÁRIO MUNDIAL.....	28
2.4	A ATENÇÃO BÁSICA.....	30
3	OBJETIVOS.....	33
3.1	OBJETIVO GERAL.....	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4	MÉTODOS.....	35
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	36
4.2	ÁREA DO ESTUDO.....	36
4.3	POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	37
4.4	COLETA E FONTES DE DADOS.....	38
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	40
4.5.1	Critérios de Inclusão	40
4.5.2	Critérios de Exclusão	40
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	40
4.6.1	Variáveis Independentes.....	40
4.6.2	Variável Dependente.....	42
4.7	ANÁLISE DE DADOS.....	43
4.7.1	Análise Descritiva.....	43
4.7.2	A Variável Depressão.....	43
4.7.3	Análise de Associação.....	44
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
5	RESULTADOS.....	47

5.1	PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO.....	49
5.2	ANÁLISE DESCRITIVA.....	53
5.3	ANÁLISE SIMPLES E MÚLTIPLA.....	56
6	DISCUSSÃO.....	59
6.1	A VARIÁVEL ESCOLARIDADE COMO INFLUÊNCIA SOBRE A DEPRESSÃO NO IDOSO.....	60
6.2	DADOS CLÍNICOS-LABORATORIAIS COMO DETERMINANTES DA DEPRESSÃO NO IDOSO.....	61
6.2.1	Vitamina D e Depressão.....	62
6.2.2	TSH e Depressão.....	63
6.2.3	Cortisol e Depressão.....	64
6.2.4	Testosterona e Depressão.....	64
6.3	O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NESTE ESTUDO	65
6.4	LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	67
7	CONCLUSÃO.....	68
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICES.....	81
	APÊNDICE A -QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO- DEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DE MORBIDADES.....	82
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
	APÊNDICE C - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR.....	84
	ANEXOS	85
	ANEXO A – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE.....	86
	ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	87
	ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA – PREFEITURA DO RECIFE.....	88
	ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP UFPE.....	89

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado em escala global. Países desenvolvidos bem como países em desenvolvimento, passam por uma transição demográfica, com aumento expressivo da população de idosos. No Brasil, o crescimento da população idosa tem acontecido de forma acelerada (GUARNIERI, 2008). Ocorre em um contexto de grandes mudanças sociais, culturais, econômicas, institucionais, no sistema de valores e na configuração dos arranjos familiares (CAMARANO e KANSO, 2010).

Está relacionado ao progresso mundial, ao aumento cada vez maior de pessoas preparando-se para uma vida mais longa, e com melhores perspectivas de vida social e psicologicamente sadia (ZASLAVSKY e GUS, 2002). Traz novos desafios tanto para o indivíduo, quanto para a família, a sociedade e comunidade científica. Reconhece-se, no entanto, que é um processo normal, dinâmico, que envolve perdas no plano biológico, sócio afetivo e político, demandando vulnerabilidades diferenciadas por gênero, idade, classe social, raça, regiões geográficas, entre outras variáveis. Tais vulnerabilidades se refletem na expectativa de vida, na morbimortalidade, e na qualidade de vida do idoso (ALENCAR e CARVALHO, 2009).

De acordo com o censo mais recente (2010) do IBGE, 10,8% da população brasileira é idosa, o que equivale a aproximadamente 14 milhões de pessoas. Até 2050 haverá 2 bilhões de idosos no mundo, sendo 80% em países em desenvolvimento (WHO, 2005). Para acompanhar este crescimento populacional é importante entender este cenário.

Com o processo de envelhecimento ocorrem alterações peculiares que não são consideradas doenças, entretanto, a vulnerabilidade a processos patológicos aumenta com a idade (KUSSOMOTA et al, 2004). Dentre as comorbidades mais comuns nesta população, estão as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, transtornos psiquiátricos, doenças neoplásicas, osteoarticulares e endócrinas.

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis são a causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde (GOULART, 2011). Portanto, os profissionais de saúde devem valorizar os sinais relativos aos sintomas depressivos no cuidado à população idosa que já convive com doenças crônicas, como por exemplo, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os idosos na comunidade utilizam os serviços de saúde de Atenção Básica, em especial, para atendimento voltado ao controle

destas doenças e, muitas vezes, apresentam sintomas depressivos que têm potenciais para comprometer mais ainda sua saúde (SASS et al, 2012).

Ao se analisar o cenário nacional, comprova-se que muitos homens não têm a chance ou o hábito de procurar um médico seja por falta de tempo, falta de estímulo ou cultura. E o que se constata é a grande diferença de números entre homens e mulheres que fazem uso do Serviço Público de Saúde. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL,2007) informam que utilizaram os serviços do SUS, 2,5 milhões de homens e as mulheres quase 7 vezes mais – 17 milhões. Tratam-se de números preocupantes, uma vez que o autocuidado pode atuar como um contribuinte para a promoção à saúde e agravos de doenças.

Dentre as patologias psiquiátricas mais prevalentes na população idosa, a Depressão é uma das mais presentes. No Brasil, a prevalência da depressão varia de 3% a 11%, na população em geral, com predominância nas mulheres (OLIVEIRA, 2012), representando um importante problema de saúde pública. Fatores socioculturais associados com maior vulnerabilidade a eventos estressores, podem contribuir para essa diferença entre os sexos (BANDEIRA, 2008).

A proporção de duas mulheres para um homem relacionada à prevalência de Depressão Maior é extensamente citada na literatura científica sobre os transtornos do humor, entretanto é importante observar as peculiaridades na forma de lidar com as alterações de saúde entre os sexos, e que poderiam funcionar como artefatos em algumas análises de dados epidemiológicos (JUSTO e CALIL, 2006). Outra possível explicação pode advir de aspectos culturais de relação de gênero, já que mulheres buscam mais auxílio para problemas de saúde e expressam mais abertamente seus sentimentos (NOGUEIRA, 2014).

Estudos comprovam que o homem é mais vulnerável às doenças, principalmente as crônicas e que morrem mais precocemente que as mulheres, sendo importante que os homens realizem regularmente, medidas de prevenção primária (SILVA, 2009; GOMES et al., 2007; PINHEIRO et al., 2002). Fatores sociais, culturais e econômicos estão entre os principais obstáculos responsáveis pela dificuldade de acesso do usuário do sexo masculino aos Serviços de Saúde (BRASIL, 2004). Uma desconsideração para com a própria saúde não é ruim apenas para o paciente, mas também para o sistema de saúde brasileiro, quando o que poderia ser tratado antes em uma consulta simples acaba demandando um atendimento muito mais caro para o Estado e penoso para o paciente.

A alta prevalência de depressão em idosos requer atenção especial por seu impacto direto e indireto na piora da saúde do indivíduo. A melhora no índice de diagnóstico, a

identificação de casos precocemente e melhor abordagem de quadros depressivos na Atenção Básica passa pelo seu rastreamento sistemático (NOGUEIRA et al, 2014).

A identificação de transtornos de humor nos Serviços de Atenção Básica ainda é considerada imprecisa e especificamente para pessoas acima de 60 anos, pode ser considerada desafiadora. Este cenário varia também entre os sexos, sendo o reconhecimento e diagnóstico de depressão em homens idosos ainda muito precário. É necessária uma avaliação precisa para um diagnóstico correto e um tratamento eficaz. A dependência, física ou mental, é um fator de risco importante para mortalidade, mais até do que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem toda pessoa doente se torna dependente (VERAS, 2009).

O instrumento eleito para o rastreamento da Depressão neste estudo foi a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão com 15 ítems (SHEIKI e YESAVAGE, 1986), amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (PARADELA et al, 2005).

Para explorar se a manifestação somática da Depressão poderia ser explicada por um ou vários tipos sintomatológicos, foi utilizada a Análise de Classes Latentes. Esse método investiga se a relação da covariância entre um grupo de variáveis observáveis é explicada por uma variável latente (SILVA JUNIOR, 2012). A análise de classe latente permite a estimativa da sensibilidade e especificidade de cada um dos testes, e a prevalência da doença na população estudada (ANDRADE e GONTIJO, 2008).

Para uma parte da população brasileira, que necessita dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, e em se tratando de atendimento ambulatorial, a porta de entrada se dá pela Atenção Básica de Saúde. É perceptível na minha prática profissional, a procura por atendimento médico e/ou de enfermagem em sua maioria realizada por mulheres, principalmente por motivos de prevenção e rotina, enquanto que os homens lançam mão desta busca quase sempre em casos de doença ou urgência. É possível contribuir com a transformação dessa realidade, por meio de Ações Educativas nas Unidades de Saúde.

É importante que o envelhecimento seja percebido com a naturalidade que lhe é intrínseca. Esse envelhecimento deve ser compreendido como um processo, e a pessoa idosa como um indivíduo (ANDRADE et al, 2010). O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009). As alterações fisiológicas, bioquímicas e sociais que estes indivíduos sofrem no decorrer do processo de

envelhecimento devem ser bem conhecidas para que haja um melhor atendimento às necessidades específicas desta faixa etária. Para isso, a qualificação e capacitação de uma equipe multi e interdisciplinar para atender a esta demanda deve ser um investimento constante nos Serviços de Saúde.

Estudos envolvendo especificamente a temática depressão na população idosa masculina ainda são raros. E por se tratar de um público que culturalmente não está habituado ao acompanhamento ambulatorial em Medicina Preventiva, surgiu a necessidade de um melhor conhecimento com este estudo.

Este estudo tem por objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à depressão em homens idosos assistidos na Atenção Básica. Justifica-se pela necessidade de se ampliar a compreensão atual sobre as variáveis envolvidas nos quadros clínicos sugestivos de depressão dessa população, visto que possuem relevância, tanto para decisões clínicas quanto no contexto social do processo de envelhecimento.

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento já é parte da sua realidade há algumas décadas. Neles, construíram-se os alicerces de uma sociedade mais inclusiva e mais adequada à população idosa. Hoje, o envelhecimento também está em curso nos países em desenvolvimento, nos quais, apesar dos enormes avanços normativos e institucionais, muito ainda precisa ser feito para que a velhice seja associada não só a uma vida ativa e saudável, mas, igualmente, bem cuidada (CAMARANO, 2010).

Historicamente, em países que vivenciaram essa transição demográfica de forma mais lenta, tais como França, Inglaterra e Alemanha, têm sido implementadas diversas formas de apoio e de cuidados aos idosos e às idosas (KARSCH, 2003). A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica, observada nos países desenvolvidos, e tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças por que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, e o forte crescimento das causas externas (FRENK, 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 (AGUIAR, 2012). Essa mudança do quadro populacional tem sido evidenciada também pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos, como vacinas, uso de antibióticos e quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças (MENDES et al, 2005). Vale ressaltar que as medidas sócio-sanitárias também deram grande contribuição neste contexto.

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. Em 2011, a população idosa era de 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% da população total. Projeções indicam que, em 2020, a população idosa brasileira será de 30,9 milhões, representando 14% da população total (KÜCHEMANN, 2012), o que colocará o Brasil na sexta posição mundial em número de idosos (VERAS, 2007). Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011), a população brasileira conta com 190.755.199 milhões de pessoas. O contingente de pessoas idosas, de

acordo com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, com 60 anos ou mais, é superior a 20 milhões. Desses, 55,5 % (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens.

Esses números são resultados de uma história populacional iniciada há mais de 100 anos. As migrações internacionais foram responsáveis pela sua miscigenação e crescimento acentuado na virada do século XIX. A redução da mortalidade infantil, iniciada no final da Segunda Guerra Mundial, aliada à alta fecundidade, gerou um crescimento populacional elevado no período 1950-1970 e uma população muito jovem. Esse período, conhecido como *baby boom*, foi marcado pelo temor de uma explosão demográfica. O *baby boom* foi mais curto que o esperado; durou apenas duas décadas. A partir dos anos 1970, a fecundidade iniciou um processo de queda acelerada e sustentada, acompanhada pela continuação da redução da mortalidade que hoje beneficia mais a população em idade avançada. Esses dois processos ocorreram em curto período de tempo e, simultaneamente, em quase todos os países em desenvolvimento (CAMARANO, 2013).

Esse envelhecimento acelerado vem produzindo necessidades e demandas sociais que requerem respostas políticas adequadas do estado e da sociedade (KÜCHEMANN, 2012). Ocorre com velocidade sem precedentes em países emergentes, como o Brasil, decorrente da melhoria de indicadores de saúde, como aumento da expectativa de vida ao nascer e quedas progressivas nas taxas de fecundidade (BRASIL, 2006). De acordo com Silva (2003), a industrialização, a urbanização, os avanços da medicina, da tecnologia e do saneamento básico contribuíram expressivamente neste sentido.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa classifica como idoso o indivíduo de 60 anos e mais, considera o envelhecimento um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias, e enfatiza que necessariamente não se fica velho aos 60 anos (BRASIL, 2006a).

Dados demonstram que até a década de 20 do século XXI o Brasil terá uma estruturação etária da população com o crescimento e predomínio da população adulta, a redução da população infantil e um crescimento da população idosa, mas sem grande significância no total da população. No entanto, de acordo com as estimativas, a partir da década de 30 haverá uma inversão, com uma diminuição paulatina da população em idade produtiva e o predomínio de idosos em relação ao número de crianças (MENDES et al, 2012).

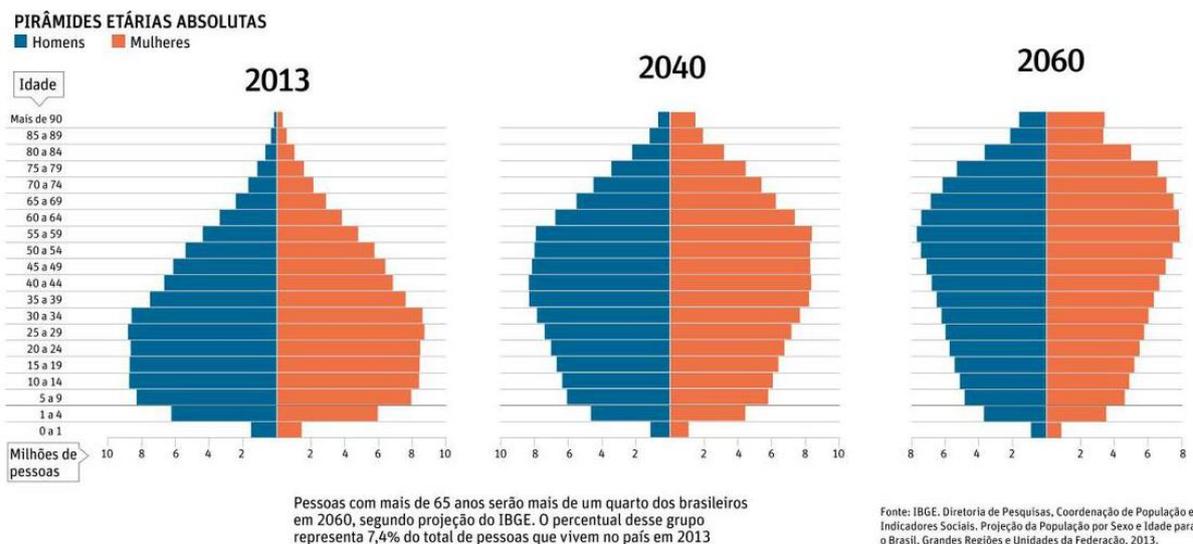
Já se notam duas consequências desse processo: contração da população e superenvelhecimento. O Brasil não é mais um país de jovens. É provável que o Censo de 2030 encontre o número máximo de brasileiros que se pode vislumbrar, cerca de 208 milhões, dos

quais 20% serão idosos. A partir daí, mantidas as mesmas tendências, esse contingente começará a diminuir e o formato da pirâmide etária se inverterá. Os *baby boomers* estão envelhecendo e se transformando nos *elderly boomers*. A preocupação com o "excesso" de crianças está dando lugar para o "excesso" de idosos (CAMARANO, 2013).

No Brasil, os *baby boomers* são compostos pela geração nascida entre 1950 e 1965, grupo etário que estará com 55-70 anos em 2020. Essa geração, além de constituída por um volume demográfico expressivo, é responsável por grande parte das transformações vividas nas áreas de comportamento social, sexualidade, formação familiar e relações de gênero. Tem como características uma grande preocupação com sua qualidade de vida e, acima de tudo, com a valorização da sua autonomia (CAMARANO e KANSO, 2009, 2011)

Após 2030, o grupo dos idosos será maior que o grupo de crianças com até 14 anos e, em 2055, haverá mais idosos do que crianças e jovens com até 29 anos de idade. Em 2060 (Gráfico 1), mais do que um terço da população brasileira será constituído por pessoas com 60 anos ou mais (33,7%) (BRASIL, 2004 a). Nesse contexto de mudanças, a população idosa também se diversifica, alterando a composição etária do próprio grupo: hoje é cada vez maior o número de pessoas que alcança uma idade avançada, e muito avançada, inclusive passando dos 100 anos (DOLL et al, 2015).

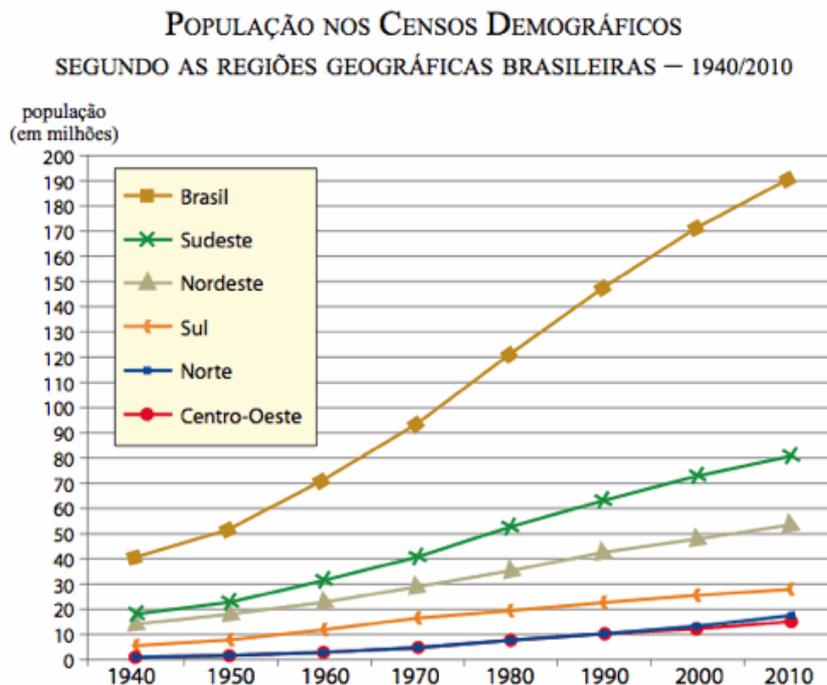
Gráfico 1 - Pirâmides etárias absolutas.



Fonte: IBGE (2011).

O Brasil, devido a seu vasto território e suas enormes diversidades geográficas e socioeconômicas, étnicas e culturais, tornou os processos de transição demográfica (modificação relacionada a estrutura etária e sexo) e perfil epidemiológico regionalmente diferenciados ao longo desse período (Gráfico 2). Estudo realizado no Rio Grande do Sul, conclui que a medida que ocorre o desenvolvimento socioeconômico, científico e tecnológico de uma sociedade, melhorando as condições de vida, controle da fecundidade e natalidade, trabalho e saúde, ocorre gradualmente um aumento da longevidade e uma substituição no padrão de morbimortalidade (GOTTLIEB et al, 2011).

Gráfico 2 - Crescimento populacional segundo as regiões brasileiras.



Fonte: IBGE (2011).

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009). Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas visto que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2010).

Nesta faixa etária, ocorre um aumento no número de problemas de longa duração, seja para o indivíduo ou para a sociedade (SANTOS, 2013). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm se destacando cada vez mais no contexto desta população, visto que acarretam prejuízos no estado geral de saúde e na funcionalidade, interferindo contrariamente na qualidade de vida destas pessoas (FREITAS, 2013). Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

O que ocorre é que o país mudou, envelheceu, e este segmento etário é hoje protagonista na sociedade. Portanto, entre algumas das inúmeras ações que devem ser realizadas para as comunidades e para as famílias está o estímulo a programas que promovam uma educação gerontológica (VERAS, 2010).

Do ponto de vista histórico, ressaltam-se duas contribuições das ciências sociais, apontando o caráter relacional das problemáticas de saúde: o próprio caráter social do adoecimento, em geral, e a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade quando se tratou da saúde das mulheres. Não obstante, há que se reconhecer que uma terceira esfera do campo da Saúde Coletiva tem também relevante contribuição para que a saúde dos homens sob a ótica das masculinidades surja como uma temática de primeiro plano nos dias atuais: o progressivo acúmulo de discussão acerca da promoção da saúde, cuja definição positiva implica questões de direitos e de equidades (SCHRAIBER et al., 2005).

2.2 A SAÚDE DO HOMEM IDOSO

O envelhecimento populacional nunca esteve entre as principais preocupações em um país que é visto em todo o mundo como sinônimo de juventude. Mas isso vem mudando de forma drástica nas últimas décadas: o Brasil embarcou em um processo de desenvolvimento que o está levando a atingir índices sociais e demográficos de Primeiro Mundo, embora com sistemas e instituições herdadas de outro contexto (VERAS, 2012).

Entende-se a saúde do idoso como a interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS et al, 2002).

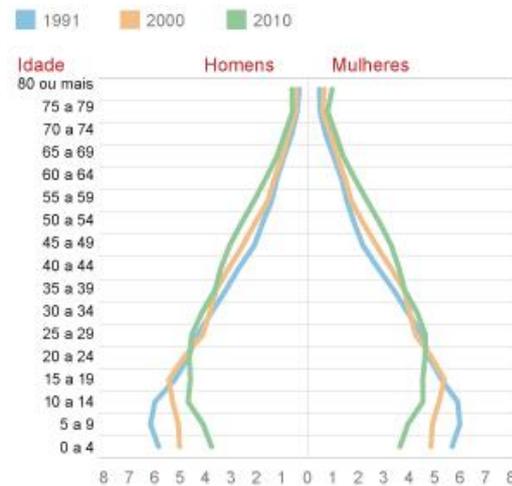
Dentre as diversas alterações morfofuncionais que ocorrem durante o processo de envelhecimento, as alterações fisiológicas apresentam-se diferentes entre os sexos feminino e masculino. No sexo masculino, o processo é gradual e discreto, iniciando-se por volta dos 45 anos, entretanto, o estilo de vida estressante, o sedentarismo, a má qualidade do sono e da alimentação podem influir neste cenário, desencadeando o aparecimento tanto de patologias físicas quanto de emocionais. De acordo com Bonaccorsi (2001), durante o processo da senescência alguns hormônios tendem a alterações de forma fisiológica. Entretanto, em situações de estresse, os mesmos podem se tornar alterados com níveis abaixo ou acima dos fisiológicos e influenciar na saúde física e emocional do indivíduo.

Nas duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para homens e mulheres. A senescência apresenta-se como um período em que existe uma alta prevalência de perdas físicas, sensoriais, cognitivas e sociais (RAMOS, 2003).

A década de 70 do século passado é considerada como o marco dos estudos norte-americanos acerca da temática “homem e saúde” e a partir dos anos 90 do século XX, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada, passando a discussão a refletir a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

O padrão de morbidade com maior prevalência de problemas de saúde de elevada letalidade poderia explicar o excesso de mortalidade entre os homens (PINHEIRO et al., 2002). Estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais cedo do que elas pelas principais causas de morte (GOMES et al., 2007). Por conta da esperança de vida menor, entre os idosos, o número de homens é menor que o de mulheres e é estimado que, atualmente, para 81,5 homens há 100 mulheres vivas nesta faixa etária. Esta diferença tende a se acentuar com o avançar da idade. Na faixa etária com 80 ou mais anos, por exemplo, as mulheres representam 60% da população idosa (CAMARANO et al, 2005). O Censo do IBGE (2011) apresenta a referida diferença entre os sexos (Gráfico 3) por idade, com expressão feminina importante na população idosa, a partir dos 74 anos.

**Gráfico 3 - Composição da população residente total, por sexo e grupo de idade.
Brasil - 1991/2000.**



Fonte: IBGE (2011).

Pesquisa (BRASIL, 2004) mostra que grande parte dos homens brasileiros resiste procurar um médico até que a doença esteja em estágio avançado, quando já não conseguem ir trabalhar. Em decorrência do descuido com a própria saúde, eles vivem em média sete anos menos que as mulheres. Vale salientar que devido a uma maior exposição, morrem mais homens em idades jovens e adultas por causas externas do que as mulheres, gerando um contingente menor para envelhecer.

Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. O que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres (LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

A compreensão de fenômenos de saúde vinculados a esse grupo populacional articula as inúmeras questões que envolvem, entre outros aspectos, os determinantes de saúde-doença, questões envolvendo gênero e a prematuridade das discussões frente às suas demandas de saúde (FONTES, 2011).

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003). Para que o

envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Isto depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem indivíduos, famílias e países (BRASIL, 2005).

2.3 A DEPRESSÃO NO CENÁRIO MUNDIAL

A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA et al., 2011). São várias as causas de Depressão. Janicak et al (1990) sugeriram diversas hipóteses biológicas como justificativas para a causa. Dentre elas, a Hipótese Neuroendócrina: a hipersecreção do cortisol, e a resposta embotada da tirosina (TRH) estão associadas com a depressão. Berent et al (2014) concluíram em seus estudos que as concentrações de hormônios da tireóide estão associados com a gravidade da depressão e podem ter um impacto no resultado clínico final.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a depressão como a quarta causa específica de incapacidade social comparativamente a outras doenças durante os anos 90. A previsão para 2020 é de que ela se tornará a segunda causa de incapacidade em países desenvolvidos, e a primeira nos países em desenvolvimento e estima que o transtorno será a principal patologia na carga global de doenças no mundo em 2030, mais intenso em países de baixa e média renda, devido ao subdiagnóstico e subtratamento (WHO, 2011). O ônus econômico da doença é significativo, com custos médicos diretos estimados em 3,5 milhões de dólares por 1000 membros de planos de saúde (HALFIN, 2007).

É a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio e os idosos formam o grupo etário, que com mais frequência, cometem suicídio. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se possa ignorar os chamados suicídios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar). Estima-se que a maioria (75%) das pessoas que se suicidam tiveram consulta com seu médico no mês anterior, e entre um terço e a metade, na semana anterior, por outro motivo que não depressão. A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado (BRASIL, 2007). Quando acompanhada de ideias suicidas é um fator de risco que justifica medidas preventivas e imediatas. Recomenda-se ampliar as formas de diagnosticar e tratar assertivamente a depressão em idosos (CAVALCANTE et al, 2013). O suicídio associado à depressão em idosos é prevenível desde

que a pessoa esteja devidamente tratada. Há necessidade de investimento em pesquisa no Brasil, dado o crescimento persistente das taxas de suicídio entre idosos, sobretudo do sexo masculino, de acordo com Minayo e Cavalcante (2010).

A depressão é problema de saúde frequente entre idosos, embora a identificação desses pacientes seja muitas vezes difícil na prática clínica. Estima-se que 15% dos idosos no Brasil apresentam sintomatologia depressiva associada ou não a distúrbios psiquiátricos (AGUIAR e DUNNINGHAM, 1993). Nesse sentido, a avaliação sistemática dos indivíduos nessa faixa etária pode contribuir para melhorar a detecção dos casos de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). A Depressão geriátrica não é frequentemente diagnosticada e, mais importante, não é tratada. Os inúmeros problemas sociais e econômicos dos idosos, adicionados à progressiva debilidade física, levam muitos 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 (PINHO 2009).

É importante destacar que o humor deprimido ou tristeza não são essenciais para o diagnóstico das síndromes depressivas nos idosos. Muitas vezes eles têm dificuldade de verbalizar uma tristeza e podem referir irritabilidade, falta de sentimentos e emoções, culpa, desamparo, perda do interesse ou prazer em atividades que eram antes consideradas prazerosas (FERRARI ; DALACORTE, 2007). Se por um lado, a literatura técnica- científica sugere a depressão como uma patologia com elevada taxa de sub-notificação, dada a complexidade da efetivação de seu diagnóstico, por outro lado, depressão e velhice são substantivos fácil (e erroneamente) tidos como sinônimo, o que pode levar ao outro lado da moeda, a sobre-notificação (MALTA, 2008).

Os idosos são, especialmente, propensos à polifarmácia pelas doenças múltiplas que apresentam, o que leva ao aumento de efeitos colaterais, que podem contribuir para a depressão, o que deve ser sempre considerado na avaliação geriátrica. A depressão pode estar mascarada por múltiplas queixas clínicas, achado frequente na população idosa, que pode dificultar o diagnóstico (GALHARDO et al., 2010).

O construto clássico de Depressão, como entidade diagnóstica, foi profundamente modificado desde a operacionalização de critérios do DMS-III. Embora definam *a priori* quais sintomas devam estar presentes para o diagnóstico categorial de Depressão, a categoria Depressão em si é politética, ou seja, a combinação de sintomas que não os centrais, pode ser

variável. A característica categorial politética do Manuais Diagnósticos possibilitou diversas tentativas, a partir de amostras clínicas ou populacionais, de se observar o perfil sintomatológico heterogêneo de apresentação dos subtipos depressivos por meio de métodos estatísticos, como por exemplo, a Análise de Classes Latentes (ACL) (SILVA JUNIOR, 2012).

Através da ACL pode-se avaliar a Depressão, observada indiretamente por meio das respostas da Escala de Depressão Geriátrica. O novo modelo classificatório introduz subsídios para um entendimento funcional e estrutural dos subtipos depressivos (PARKER, 2000).

Portanto, a investigação de depressão em idosos torna-se cada vez mais importante, visto que é uma enfermidade muito prevalente e que, frequentemente, é considerada uma decorrência natural do envelhecimento, sendo negligenciada como possível indicador de uma morbidade que causa severos danos à qualidade de vida do idoso e de seus familiares, e que resulta em custos elevados para a sociedade em geral (LIMA, 1999).

O reconhecimento e tratamento de transtornos depressivos nesta população permanecem um desafio. Os esforços no sentido de identificar os fatores de risco associados com o surgimento de depressão em idosos vivendo na comunidade podem colaborar para a construção de estratégias amplas de intervenção por equipes multiprofissionais (PINHO et al, 2009). A identificação de fatores que influenciam o surgimento de sintomas depressivos em idosos constitui passo fundamental para o planejamento das ações que visem reduzir os efeitos dessa enfermidade na qualidade de vida dessas pessoas (MACIEL e GUERRA, 2006).

Um foco inovador e criativo deve ser dirigido ao cuidado do idoso e aos que têm doença crônica, que são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde (VERAS, 2012).

2.4 A ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem orientou a formulação de estratégias e ações fundamentando-se na atenção integral, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, tendo sido focalizadas como eixos fundamentais na Estratégia Saúde da Família (ESF) (MOURA et al, 2014).

Considerando-se a organização e rotina dos serviços, estudos salientam que as instituições de saúde têm uma influência importante na (re)produção do imaginário social de gênero que, por sua vez, tem repercussões na atenção oferecida à população. Ao reconhecer que as práticas de cuidados de si e dos outros são construídas nas relações entre as pessoas,

tanto em lócus privado/doméstico quanto em público/institucional, ampliar-se-iam o reconhecimento e o acolhimento de demandas e necessidades masculinas (e femininas), forçando a ruptura do círculo vicioso de invisibilidade e exclusão dos sujeitos, o que permitiria resgatar a equidade e aprimorar o cuidado e a assistência em saúde do homem (COUTO, 2010).

A depressão tem sido apontada como um problema de saúde pública que afeta pelo menos um em cada seis pacientes idosos tratados na atenção básica. (REYNOLDS e KUPFER, 1999). Discussões nacionais e internacionais vêm sendo desenvolvidas para a promoção da atenção básica em saúde voltada para as especificidades da população masculina (SCHRAIBER, 2005). Os serviços de saúde são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. (GOMES et al., 2007).

Na estruturação de programas e atividades na Atenção Primária de Saúde (APS), há uma baixa incorporação dos homens em relação às mulheres. A falta de atenção ao público masculino reflete uma desqualificação dos homens para esta perspectiva assistencial (COUTO et al, 2010). É notório que em programações educativas promovidas pela Atenção Básica em Saúde destinadas à saúde do idoso, um número muito baixo de participantes do sexo masculino, o que significa que incluir a participação do homem idoso em ações de saúde é um desafio permanente nas políticas de saúde pública por várias razões.

A adolescência e a velhice são etapas do ciclo de vida que maximizam a vulnerabilidade masculina, requerendo o seu expresso reconhecimento (BRASIL, 2008). Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos homens são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades (WHO, 2001).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008).

O envelhecimento é inevitável. Suas consequências físicas também – ainda que hoje contemos com muito mais recursos e tecnologia para amenizar os déficits funcionais. Estima-se que os avanços tecnológicos e científicos permitirão ao ser humano, cada vez mais, ultrapassar os cem anos de idade, com a expectativa de vida atingindo o limite biológico máximo. São

mudanças fantásticas e muito próximas. Contudo, embora o prolongamento da vida seja o desejo de qualquer sociedade, os anos a mais não deverão ser considerados uma real conquista se não puderem ser vividos com qualidade (VERAS, 2010).

Este estudo se propôs a responder a seguinte pergunta condutora: Qual a Prevalência e fatores associados à Depressão em homens idosos assistidos na Atenção Básica?

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Identificar a prevalência e os fatores associados à depressão em idosos do sexo masculino.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar a prevalência da depressão no sexo masculino;
- b) Descrever o perfil socioeconômico-demográfico, clínico e de morbidade da população em estudo;
- c) Verificar a associação entre a depressão e os fatores socioeconômico-demográficos, clínicos e de morbidade em idosos do sexo masculino.

MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

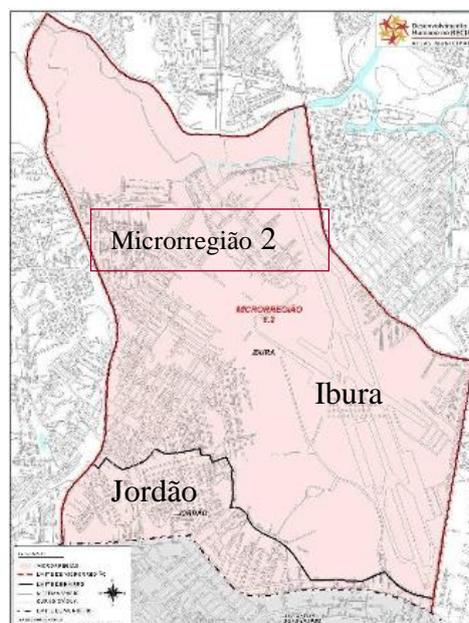
Estudo epidemiológico de corte transversal, com abordagem analítica.

Entre as vantagens desse tipo de estudo estão o baixo custo, a facilidade de realização, a rapidez e a objetividade na coleta dos dados. Como fatores limitantes do estudo estão a dificuldade para investigar condições de baixa prevalência, o fato de não inferir causalidade, não determinar o risco absoluto e nem duração da doença (SITTA, 2010).

4.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Jordão Alto, localizada à Avenida Dona Carentina, nº 02, bairro do Jordão Alto, Recife, Pernambuco. A referida unidade integra atualmente, o Distrito Sanitário VIII da cidade do Recife, na Região Político-administrativa 6 (Figura 1). Tem limites com os bairros de Jardim Jordão (município de Jaboatão dos Guararapes), Jordão Baixo e BR 101 sul. Pertence a Região político-administrativa 6, de acordo com a Lei nº 16.293 de 22/01/1997, Diário Oficial do Recife.

Figura 1 - Região Político Administrativa 6, onde está localizado o bairro do Jordão.



Fonte: Censo Demográfico 2010. Resultados do universo: características da população e domicílios.

A área coberta pela USF Jordão Alto divide-se em 17 microáreas, com a atuação de três equipes. As equipes 1 e 2 fazem a cobertura de seis microáreas, cada uma, e a equipe 3 atende a cinco microáreas. O total de famílias cadastradas é de 2699 com aproximadamente 6.300 usuários.

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

De acordo com o Censo de 2010 (Tabela 1), a população do Recife era de aproximadamente 1.538.000 habitantes, dos quais 46,16% são homens. Destes, 181.724 são idosos, sendo 66.680 homens.

A população em estudo foi formada por idosos residentes nas áreas cobertas pelas 17 microáreas das três equipes da USF Jordão Alto. Foi considerada pessoa idosa aquela que no momento da coleta de dados apresentou idade de 60 anos ou mais, conforme estipulado pela Legislação Brasileira (Constituição Federal e Estatuto do Idoso).

Tabela 1 - População do Recife, Pernambuco e Brasil, segundo sexo e faixa etária.

Idade	Recife		Pernambuco		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
60 a 64 anos	23.054	33.517	128.560	160.049	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	15.661	25.268	95.597	124.093	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	11.768	21.142	73.653	100.594	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	7.586	14.775	46.054	66.426	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	5.006	11.033	31.232	46.240	668.589	998.311
85 a 89 anos	2.515	5.861	16.348	24.574	310.739	508.702
90 a 94 anos	824	2.424	6.460	11.060	114.961	211.589
95 a 99 anos	212	729	1.870	3.534	31.528	66.804
Mais de 100 anos	54	295	387	1.212	7.245	16.987

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

O diagnóstico de área mais recente realizado pelas equipes no ano 2015 da Unidade de Saúde da Família (USF) do Jordão Alto, identificou nas três microáreas, 224 indivíduos com essas características.

4.4 COLETA E FONTE DE DADOS

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista através de um questionário elaborado pela autora da pesquisa e de consulta ao prontuário do usuário, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e autorização da carta de anuência pela Prefeitura do Recife para livre acesso aos usuários cadastrados e acompanhados na Unidade de Saúde da Família do Jordão Alto.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da Unidade de Saúde do Jordão Alto, em sala de Atendimento Médico, com as portas fechadas, ou no domicílio do paciente (em local reservado), apenas com a presença da pesquisadora e do usuário, independentemente do local escolhido.

A captação dos usuários foi feita por meio de um convite para comparecimento à Unidade de Saúde, entregue aos mesmos em seus domicílios, durante a visita do Agente Comunitário de Saúde, pelos mesmos. Em caso de impossibilidade de comparecimento do usuário por qualquer motivo, a pesquisadora se dirigiu à residência do mesmo para realização da consulta e entrevista. Os idosos com dificuldade de locomoção que já recebiam visita domiciliar, foram entrevistados na própria moradia. O acesso ao idoso necessitou de permissão de familiares e aqueles que trabalham em horário comercial foram comunicados antecipadamente para que houvesse providência de alguém responsável pelo idoso para facilitar este acesso. Para garantir a privacidade do usuário foi solicitado aos demais moradores (na existência destes) da residência que designassem um compartimento da casa onde a consulta e entrevista pudessem ser realizadas com privacidade.

Os idosos que não foram encontrados, após três tentativas de contato, por motivos de viagem ou trabalho durante a busca no território (realizada durante o dia, das 08 às 17 horas, incluindo os finais de semana, quando necessário, no período de Julho a Setembro de 2015), não participaram da pesquisa.

Foram utilizados a escala reduzida de Yesavage de Depressão Geriátrica ou GDS 15 (FERRARI e DALACORTE, 2007) para rastreio da sintomatologia depressiva e o Mini exame do estado mental (BRUCKI, 2003) como critério de exclusão em caso de comprometimento cognitivo e questionários específicos relativos a questões socioeconômico- demográficas, de morbidade e clínicas.

Desenvolvida por Yesavage et al. (1983), a GDS é um dos instrumentos mais frequentemente aplicados por incluir uma pequena variação das respostas (sim/não), não necessitar de um profissional da área da saúde mental para sua aplicação e podendo inclusive, ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. É utilizado para o rastreamento de sintomas depressivos na população idosa, principalmente, em centros especializados. No entanto, pode ser uma escala de grande utilidade no rastreamento de indivíduos idosos, suspeitos desses transtornos em ambientes não especializados (PARADELA et al, 2005).

Embora o uso da Escala de Depressão Geriátrica seja preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na Atenção Básica, sua aplicação rotineira ocorre apenas em iniciativas locais. A inclusão desse rastreamento pode proporcionar diagnósticos e intervenções precoces e mais precisos, além de diminuir os custos com o sistema de saúde (NOGUEIRA et al, 2014).

Entre os instrumentos de avaliação cognitiva para idosos, o mini exame do estado mental (MEEM), é um dos mais utilizados para fins de rastreamento cognitivo de populações idosas, em unidades ambulatoriais gerais de saúde. O MEEM tem sido amplamente estudado ao longo dos seus 30 anos de existência, passando por um grande número de reavaliações de sua composição e de suas características psicométricas, além de ter gerado várias traduções e adaptações culturais. Em estudo realizado com 303 indivíduos com 65 anos ou mais de idade, que procuraram uma unidade ambulatorial vinculada a hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, concluiu-se que o MEEM deve ser utilizado considerando os pontos de corte 18/19 e 24/25, segundo a ausência ou presença de instrução escolar formal prévia, respectivamente. Neste estudo foi utilizada a tradução do MEEM proposta por Bertolucci e colaboradores e por Almeida, modificada. Para alguns itens, foram propostas adaptações que preservavam as intenções da versão original proposta por Folstein e colaboradores e melhor se ajustavam às especificidades da cultura brasileira (LOURENÇO ; VERAS, 2006).

Durante o processo de envelhecimento, a capacidade funcional pode ser comprometida por doenças incapacitantes e psicossomáticas, que levam à inatividade física, isolamento social, afetam a qualidade de vida e podem ser fator de risco para óbito (PAULA et al, 2013). O questionário socioeconômico-demográfico, de morbidades e clínica foi elaborado com o objetivo de avaliar a associação desses fatores à sintomatologia depressiva.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.5.1 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão estão os idosos residentes na comunidade do Jordão Alto com idade a partir de 60 anos, do sexo masculino, que aceitaram participar da entrevista e pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo em vista tratar-se de uma participação voluntária.

4.5.2 Critérios de Exclusão

Para a pesquisa foram excluídos aqueles indivíduos que apresentaram comprometimento cognitivo moderado a grave ou comprometimento de comunicação, que impossibilitou a obtenção de respostas às perguntas apresentadas nos questionários.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.6.1 Variáveis Independentes

Foram consideradas como independentes as variáveis socioeconômicas, demográficas, morbidades e aquelas referentes ao perfil hormonal dos indivíduos pesquisados. Tais variáveis tiveram as suas definições e categorizações descritas, conforme o Quadro 1.

Dentre as morbidades estudadas, foram consideradas as mais frequentes apresentadas pelos usuários na Atenção Básica, tais como as Doenças Cardiovasculares (Insuficiência Cardíaca, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Arterial Coronariana e Arritmias Cardíacas), Doenças Reumáticas (Artrite Reumatóide, Artrose, Osteoporose e Doenças Autoimunes), Diabetes Mellitus e Câncer. Essas patologias podem se manifestar em qualquer faixa etária, porém, conforme os indivíduos envelhecem, as doenças não-transmissíveis transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005).

Quadro 1 - Variáveis Independentes.

Variável	Definição	Unidade de Análise/ Categorização	Fonte
Idade	Número de anos desde o nascimento, conforme relatado pelo idoso. (Houaiss, 2009)	Anos completos divididos pela mediana (69 anos) 1 - Abaixo da mediana 2 - Acima da mediana	Prontuário
Cor da pele/raça	Autoatribuição da cor, conforme relatado pelo idoso (IBGE)	1 - Branca 2 - Não branca (parda, amarela, indígena, preta)	Questionário
Estado Civil	Classificação do estado civil do idoso (IBGE)	1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Separado/ Viúvo	Questionário
Escolaridade	Período de estudos escolares (Dicionário Aurélio)	Em anos de estudo 1 - zero 2 - 1 a 4 anos 3 - De 5 anos acima	Questionário
Renda individual	Remuneração mensal recebida pelo idoso.	Em Reais, de acordo com a mediana: 1 - Abaixo da mediana (< R\$ 790,00) 2 - Acima da mediana (> R\$ 790,00)	Questionário
Renda familiar	Somatório da remuneração mensal recebida pelos moradores do domicílio que recebem remuneração.	Em Reais, de acordo com a mediana: 1 - Abaixo da mediana (< R\$ 1.580,00) 2 - Acima da mediana (> R\$ 1.580,00)	Questionário
Lazer	Participação em grupos sociais e/ou atividades recreativas, passeios e viagens.	1 - Sim 2 - Não	Questionário
Nº de pessoas por cômodo	Moradores presentes e ausentes na data da entrevista por período não superior a 12 meses em relação àquela data, dividido pelo número de cômodos do domicílio. (IBGE)	Número de moradores/cômodo de acordo com a mediana (2) 1 - Abaixo da mediana 2 - Acima da mediana	Questionário
Comorbidades	Presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente. (Dicionário Aurélio)	Doença Cardiovascular 1 - Sim 2 - Não Doença Reumática 1 - Sim 2 - Não Diabetes Mellitus 1 - Sim 2 - Não Câncer 1 - Sim 2 - Não	Prontuário
Clínica	Dados clínicos/laboratoriais	Níveis séricos Vitamina D 1 - Baixo 2 - Normal 3 - Alto TSH 1 - Baixo 2 - Normal 3 - Alto Cortisol 1 - Baixo 2 - Normal 3 - Alto Testosterona 1 - Baixo 2 - Normal 3 - Alto	Prontuário

Fonte: Elaborado pela autora

4.6.2 Variável Dependente

A variável dependente foi escolhida para uma aproximação da caracterização do conceito de depressão nos participantes. Utilizou-se a escala de Depressão Geriátrica de Yessavage (PARADELA et al, 2005), que trata-se de um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso composto por 15 perguntas (afirmativas ou negativas), em que o resultado é a soma de respostas: 0 – quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses e 1 – quando a resposta for igual ao do exemplo entre parênteses.

Nesse sentido, esta variável é composta por 15 perguntas cujas respostas são categóricas e dicotômicas (SIM ou NÃO), variando de zero a quinze pontos.

A literatura (YESAVAGE, 1983) sugere os seguintes pontos de corte e classificação segundo a soma desses pontos:

- Escore de 0 – 4 pontos: ausência de suspeita de depressão.
- Escore com 5 -11 pontos: suspeita de depressão.
- Escore igual ou maior que 12 pontos: caracteriza depressão

Todavia, considerando:

a) a limitação que pontos de corte impõem sobre a análise e a impossibilidade de se garantir que pessoas com a mesma pontuação teriam respondido as mesmas perguntas de forma semelhante entre as mesmas;

b) a complexidade do objeto (Depressão) e a dificuldade de se medir e de se observar diretamente o mesmo;

c) as 15 perguntas do instrumento tratam-se de estratégias de se medir indiretamente algo difícil de ser apreendido em uma única medida direta;

então optou-se pela realização de Análise de Classes Latentes (ACL), sendo a depressão este fenômeno latente (não observado diretamente) mas indiretamente mensurado pelas 15 perguntas/respostas diretamente observadas da escala utilizada. Análise de Classes Latentes é um método estatístico que identifica distintos grupos (classes latentes) baseado nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas. Esse método investiga se a relação da covariância entre um grupo de variáveis observáveis é explicado por outra variável latente (classe) (SILVA JUNIOR, 2012).

4.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística foi realizada por meio do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 e o programa Mplus 7.31.

4.7.1 Análise Descritiva

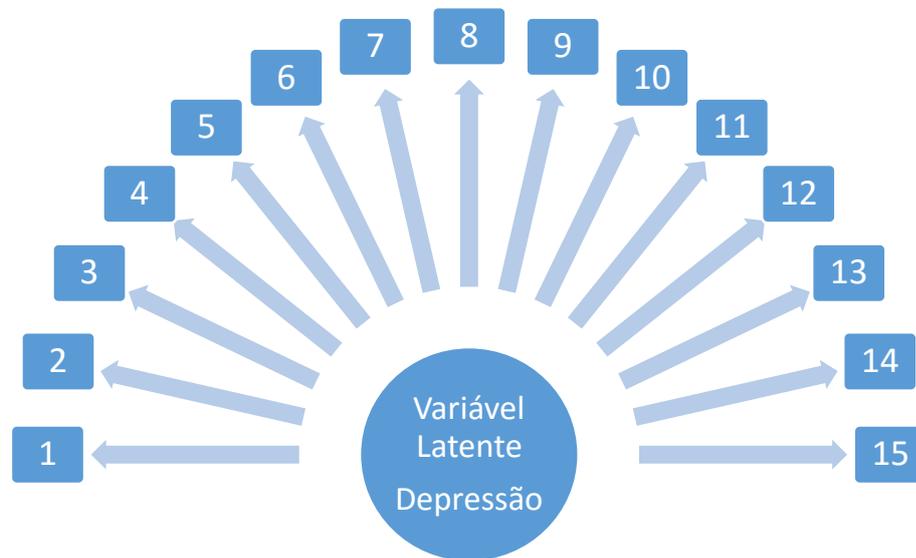
Foi realizada uma análise descritiva por meio de tabela de frequência e de medida de tendência central conforme a natureza das variáveis analisadas.

4.7.2 A Variável Depressão

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) descreve que o quadro de depressão é multideterminado e classifica-o como um conjunto de perturbações que variam em duração, frequência e intensidade. Embora o DSM-V continue a ser uma classificação categórica de distúrbios, o manual reconhece que os transtornos mentais, a exemplo da depressão e da ansiedade, nem sempre se encaixam completamente dentro dos limites de classes pré-estabelecidas (EULALIO et al, 2015). Conforme percebido, a Depressão é uma variável latente, ou seja, uma variável que não pode ser medida diretamente, mas que pode ser interpretada por meio de uma ou mais variáveis observáveis.

Baseando-se nos dados observados das variáveis da escala GDS, foi identificado o comportamento dos indivíduos, que foram classificados quanto ao seu desempenho. Desta forma, foi criada a variável latente (classificação de trajetórias), na qual os indivíduos foram classificados de acordo com as probabilidades de o indivíduo estar em uma determinada trajetória (Figura 2).

Figura 2 – Variáveis categóricas binárias indicadoras da escala GDS (15) que compuseram a variável categórica latente com quatro categorias ordinais.



Fonte: Elaborado pela autora

Na construção da variável latente “depressão” foi utilizado o modelo *Growth Mixture Models* – (*GMM*), em que vários modelos com diferentes números de classes foram criados e testados até se encontrar o modelo ideal. Assim, os indivíduos foram classificados em distintos grupos, nos quais as características dentro dos grupos apresentaram homogeneidades. No entanto, entre os grupos as características mostraram heterogeneidades.

Para a escolha do melhor modelo estatístico da variável latente foram observados os seguintes critérios estatísticos: AIC (Critério de Informação de Akaike), BIC (Critério de Informação Bayesiano) e BIC ajustado, observando sempre os menores valores quando comparados os modelos k com $k-1$ classe. Também foi considerado o maior valor da entropia. Na avaliação das significâncias estatística para avaliar os modelos de classes latentes foram considerados três testes estatísticos: *Lo, 004 Dendell, and Rubin (2001) Likelihood ratio test (LMR-LRT)*, *Vuong, Lo, Mendell, Rubin likelihood ratio test – (VLMR-LRT)* e *Bootstrap likelihood ratio test (BLRT)* (NYLUND, 2007; JUNG, 2008).

4.7.3 Análise de Associação

Após a criação da variável latente “depressão”, a mesma foi utilizada na análise em uma abordagem simples, servindo dessa forma como variável resposta (dependente). A

força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances “*Odds Ratio – OR*” com intervalo de confiança 95%. Para o cálculo da Razão de Chances foi utilizada a regressão logística ordinal, também chamado de modelo de chances proporcionais, cuja forma funcional está representada em Abreu et al (2009). Foram realizadas análises simples e múltipla. Na análise simples foram eletivas para análise múltipla as variáveis que obtiveram p-valor < 0,25 (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Para a regressão múltipla foi utilizado o método forward e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Quanto aos blocos de análise, as variáveis foram classificadas conforme o Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Variáveis independentes quanto aos blocos de análise.

Bloco 1	Condições socioeconômicas e culturais, idade, cor/raça, escolaridade, estado civil, prática de lazer, número de pessoas residentes no domicílio, renda individual e familiar
Bloco 2	Comorbidades associadas - Doenças cardiovasculares, reumáticas, câncer e diabetes mellitus
Bloco 3	Dados laboratoriais - Níveis séricos de Cortisol matinal, vitamina D, TSH (hormônio tireoideano) e Testosterona total

Fonte: Elaborado da autora.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto foi aprovado em 27 de Abril de 2015 no Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Pernambuco, CAAE: 43048815.7.0000.5208, de acordo com a resolução 466/12 sobre pesquisas desenvolvidas com seres humanos (Anexo D).

A coleta de dados iniciou após esta aprovação e autorização da Prefeitura da Cidade do Recife por meio da Carta de Anuência enviada, para livre acesso aos usuários cadastrados e acompanhados na Unidade de Saúde da Família do Jordão Alto (Anexo C).

Todos os idosos participantes foram informados a respeito dos riscos e benefícios decorrentes de sua participação na pesquisa, tendo garantido o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou ônus (Apêndice B).

As informações contidas nos prontuários estão acessíveis apenas aos profissionais médico, de enfermagem e odontólogos lotados na Unidade de Saúde da Família do Jordão Alto. Todas as informações obtidas nesta pesquisa estão sob a guarda da pesquisadora principal, armazenadas no computador pessoal por um período de cinco anos.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

De um total de 224 homens idosos cadastrados e acompanhados na Unidade de Saúde do Jordão Alto, 36 usuários entraram nos critérios de exclusão e 26 não foram encontrados devido a mudança de endereço ou viagem, no decorrer da pesquisa. Foram entrevistados 162 idosos com idades entre 60 e 102 anos. A idade mediana foi de 69 anos e a população de cor branca totalizou 26,5%.

Constatou-se que aproximadamente 83% possui grau de escolaridade baixa (1 a 4 anos) e 15% estudaram por 5 anos ou mais. Quanto ao estado civil, 68% está casado, 6% solteiro e 26% separado ou viúvo.

A prática de lazer é apreciada por 46% dos idosos entrevistados. Apenas 2,5% moram só e todos tem renda decorrente de aposentadoria ou de atividade profissional formal ou informal com participação expressiva nas despesas familiares, com renda individual mediana de 790 reais e renda familiar mediana de 1.580 reais.

Dentre as comorbidades investigadas, as doenças cardiovasculares estão presentes em aproximadamente 75% dos entrevistados, seguidas pelas doenças reumáticas (33%), diabetes mellitus (30%) e portadores de câncer (4%). Nesta variável, encontramos idosos portadores de mais de uma patologia em tratamento.

Em uma análise básica dos resultados obtidos na Escala GDS, percebe-se os seguintes perfis: 37% dos idosos entrevistados apresentaram somatório da pontuação entre zero e quatro, sendo considerados sem suspeita de depressão; 58,6% com pontuação entre 5 e 11 (suspeita de depressão) e 4,4% com pontuação entre 12 e 15, estes considerados com diagnóstico de depressão, conforme classificação estabelecida (SHEIKH; YESAVAGE, 1986). Entretanto tais pontos de corte incluem por exemplo, na mesma categoria o indivíduo que pontuou 5 e o que pontuou 11, sendo que o primeiro está provavelmente, mais predisposto a entrar na linha de análise onde se descarta a suspeita de depressão, em comparação com aquele que pontuou 11 na escala, o qual está mais predisposto a uma confirmação do diagnóstico de depressão.

5.1 PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO

Foram testados 5 modelos na Análise de Classes Latentes (ACL). A Tabela 2 apresenta os resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados.

Tabela 2 - Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados.

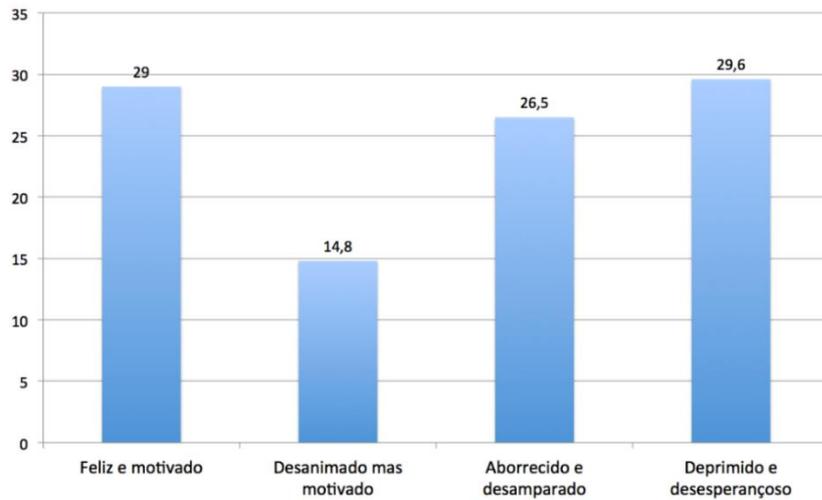
Número de Classes	2	3	4	5	6
AIC - Critério de Informação de Akaike	2005,21	1923,38	1875,38	1847,91	1840,69
BIC-Critério de Informação de Bayesiano	2100,92	2068,50	2069,90	2091,83	2134,01
BIC ajustado	2002,79	1919,71	1870,46	1841,73	1833,26
Entropia	0,889	0,851	0,937	0,935	0,939
LRT Vuong-Lo-Mendell-Rubin	p=0,0000	p=0,1148	p=0,0056	p=0,2290	p=0,0600
LRT Lo-Mendell-Rubin	p=0,0000	p=0,1177	p=0,0059	p=0,2323	p=0,0615
LRT Bootstrap paramétrico	p=0,0000	p=0,0000	p=0,0000	p=0,0000	p=0,0000

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que o modelo com maior parcimônia é o que possui 4 classes, pois apresenta maior grau de entropia juntamente com valores significantes dos testes de LRT, além de ter apresentado o menor valor de BIC. Os testes AIC, BIC e BIC ajustado devem ser os menores possíveis para denotar um bom ajuste do modelo ao passo que a entropia deverá ter o valor mais próximo de 1, denotando um modelo com número de classes mais adequado e, por fim, os valores de LRT (Testes de Razão de Verossimilhanças) significantes indicam que o número de classes do modelo não precisaria ser reduzido para uma classe a menos, ou seja, está adequado.

Nesse sentido, o Gráfico 4 apresenta a frequência absoluta e relativa em cada classe assim como o nome para cada uma delas. Tal distribuição revela uma proporção semelhante (cerca de 29%) nos extremos (Feliz e motivado; Deprimido e desesperançoso). Em posições intermediárias estão 14,8% de idosos desanimados, porém motivados, e 26,5% considerados como aborrecidos e desamparados.

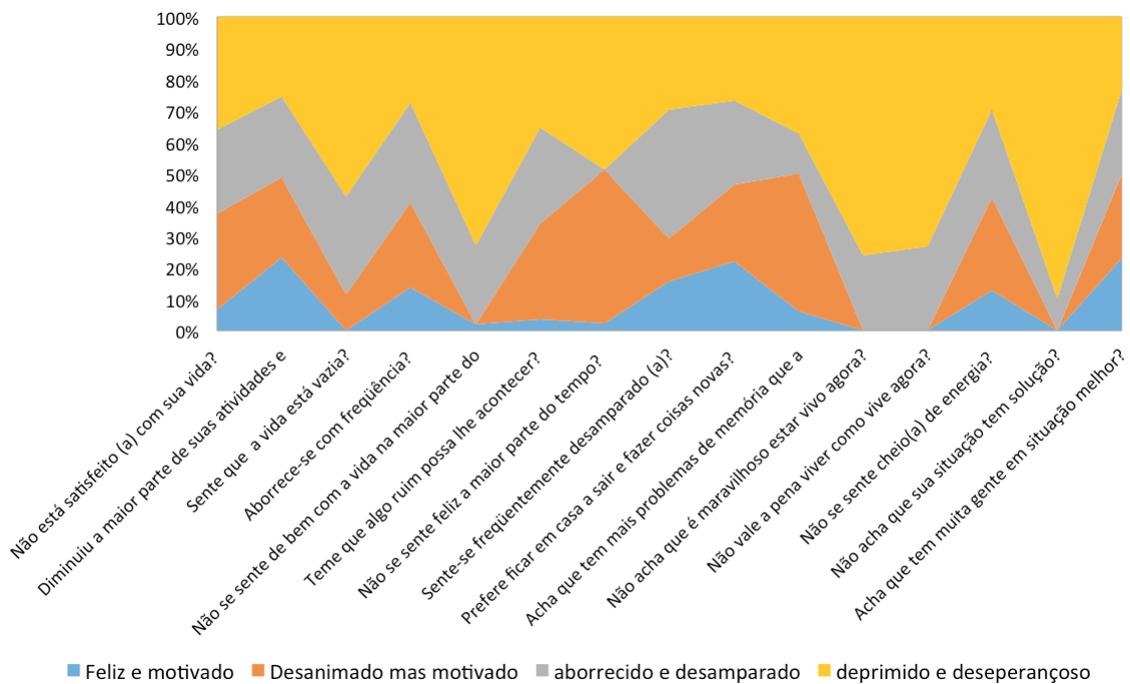
Gráfico 4 - Frequência absoluta e relativa por classe.



Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 2 e no Gráfico 4 apresentamos as probabilidades de pertencimento em cada classe latente segundo a resposta dada a cada uma das 15 perguntas do questionário GDS.

Gráfico 5 - Probabilidades de pertencimento em cada classe latente segundo a resposta na GDS.



Fonte: Fonte: Elaborado pela autora.

Observando-se o Gráfico 5 pode-se notar uma boa discriminação entre as quatro classes latentes geradas, confirmando os dados de adequação e ajuste do modelo apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Discriminação entre as quatro classes latentes geradas.

Classes Latentes	Feliz e motivado	Desanimado mas motivado	Aborrecido e desamparado	Deprimido e desesperançoso
Não está satisfeito (a) com sua vida?	18,60	84,70	73,40	100,00
Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	91,20	100,00	100,00	100,00
Sente que a vida está vazia?	0,00	20,30	54,00	100,00
Aborrece-se com frequência?	43,00	85,40	100,00	86,50
Não se sente de bem com a vida na maior parte do tempo?	2,20	0,00	27,00	78,80
Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	9,80	84,50	84,70	97,80
Não se sente feliz a maior parte do tempo?	4,60	100,00	0,00	100,00
Sente-se frequentemente desamparado (a)?	38,50	33,20	100,00	72,80
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	82,50	92,40	100,00	100,00
Acha que tem mais perdas de memória que a maioria?	6,60	47,60	13,50	40,50
Não acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0,00	0,00	9,00	28,50
Não vale a pena viver como vive agora?	0,00	0,00	11,20	30,60
Não se sente cheio(a) de energia?	42,90	100,00	93,30	100,00
Não acha que sua situação tem solução?	0,00	0,00	4,50	39,40
Acha que tem muita gente em situação melhor?	86,80	100,00	100,00	89,10

Fonte: Elaborado pela autora.

É observado na Tabela 3 que existem três perguntas cujas respostas foram muito semelhante para as 4 classes. O fato de diminuir a maior parte das atividades e interesses, preferir ficar em casa a sair e fazer coisas novas e achar que tem muita gente em situação

melhor são percepções comuns em indivíduos idosos, do mais animado ao mais deprimido. Dessa forma, não discriminam bem um estado de depressão e não poderiam entrar na soma de um escore, ainda mais com o mesmo peso das outras perguntas.

Esse fenômeno fica bem evidente na Tabela 4, quando cruzamos os resultados da ACL com as categorias geradas pelos pontos de corte da escala GDS. Podemos observar que nos casos intermediários houve total concordância entre as duas formas de classificação, ou seja, indivíduos classificados com “suspeita de depressão” na escala GDS foram também classificados nas classes intermediárias da ACL (“desanimado mas motivado” e “aborrecido e desamparado”). Assim como todos os indivíduos classificados como “sem depressão foram também classificados como “feliz e motivado” (22), entretanto todos os indivíduos classificados como “deprimidos” pelas escalas GDS foram também classificados como “deprimidos e desesperançosos” pela ACL (24). A discordância recai justamente nos casos extremos em que de um lado observamos indivíduos “felizes e motivados” considerados como “suspeita de depressão” e, do outro lado, indivíduos “deprimidos e desesperançosos” também classificados com “suspeita de depressão”.

Isso ocorre devido ao fato de que a simples soma de respostas, sem se levar em consideração o conjunto das mesmas, conjunto esse caracterizado por uma máxima homogeneidade interna (intraclasse) e máxima heterogeneidade externa (extraclasse), acaba gerando classificações, muitas vezes, não apropriadas para o fenômeno investigado, considerando que a depressão não poderia ser apreendida de forma objetiva e diretamente observada.

Entretanto, o teste do Qui-Quadrado mostrou associação entre as duas formas de classificação e a análise dos resíduos padronizados mostrou a associação em que houve uma contagem maior do que a esperada (resíduos padronizados maiores do que 1,96 a um nível de significância de 5%). Esta maior contagem foi justamente nos cruzamentos entre as classificações extremas de presença e ausência de depressão, em que a concordância foi de 100%.

Tabela 4 - Associação entre as duas formas de classificação da Depressão
Teste do Qui-quadrado

Análise de Classes Latentes		Escala GDS*			Total
		Sem depressão	Suspeita de depressão	Deprimido	
Feliz e motivado	n	22	25	0	47
	% Linha	46,80	53,20	0,00	100,00
	% Coluna	100,00	21,60	0,00	29,00
	Resíduo padronizado	7,9	-3,3	-3,4	
Desanimado mas motivado	n	0	24	0	24
	% Linha	0,00	100,00	0,00	100,00
	% Coluna	0,00	20,70	0,00	14,80
	Resíduo padronizado	-2,1	3,3	-2,2	
Aborrecido e desamparado	n	0	43	0	43
	% Linha	0,00	100,00	0,00	100,00
	% Coluna	0,00	37,10	0,00	26,50
	Resíduo padronizado	-3	4,8	-3,2	
Deprimido e desesperançoso	n	0	24	24	48
	% Linha	0,00	50,0	50,00	100,00
	% Coluna	0,00	20,70%	100,00	29,60
	Resíduo padronizado	-3,3	-4	8,2	
Total	n	22	116	24	162
	% Linha	13,60	71,60	14,80	100,00
	% Coluna	100,00	100,00	100,00	100,00
	% do Total	13,60	71,60	14,80	100,00

*Teste do Qui-Quadrado ($p < 0,05$)

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 ANÁLISE DESCRITIVA

Após a descrição da variável dependente gerada pela ACL, composta por 4 categorias: (Feliz e motivado, Desanimado mas motivado, Aborrecido e desamparado e Deprimido e

desesperançoso), foi realizada a análise descritiva das variáveis independentes segundo a variável dependente.

Tabela 5 - Análise descritiva das variáveis independentes segundo a variável dependente.

Classes Latentes	Feliz e Motivado	Desanimado mas motivado	Aborrecido e desamparado	Deprimido e desesperançoso	Total	Valor-p
BLOCO 1	N (%) Residuo padronizado				N (%Linha)	
Idade < mediana (69)	26 (31,3) 0,7	13 (15,7) 0,3	23 (27,7) 0,3	21 (25,3) -1,2	83 (100)	0,668
Idade ≥ mediana (69)	21 (26,6) -0,7	11 (13,9) -0,3	20 (25,3) -0,3	27 (34,2) 1,2	79 (100)	
Branços	17 (39,5) 1,8	5 (11,6) -0,7	9 (20,9) -1,0	12 (27,9) -0,3	43 (100)	0,335
Não brancos	30 (25,2) -1,8	19 (16) 0,7	34 (28,6) 1,0	36 (30,3) 0,3	119 (100)	
Sem escolaridade	14 (23,3) -1,2	11 (18,3) 1,0	15 (25) -0,3	20 (33,3) 0,8	60 (100)	0,630
Até 4 anos de estudo	21 (28,8) -0,1	9 (12,3) -0,8	21 (28,8) 0,6	22 (30,1) 0,1	73 (100)	
5 anos ou mais de estudo	12 (41,4) 1,6	4 (13,8) -0,2	7 (24,1) -0,3	6 (20,7) -1,2	29 (100)	
Renda individual < mediana (790)	25 (25,3) -1,3	14 (14,1) -0,3	33 (33,3) 2,5	27 (27,3) -0,8	99 (100)	0,101
Renda individual ≥ mediana (790)	22 (34,9) 1,3	10 (15,9) 0,3	10 (15,9) -2,5	21 (33,3) 0,8	63 (100)	
Renda familiar < mediana (1580)	24 (28,9) 0,0	8 (9,6) -1,9	28 (33,7) 2,1	23 (27,7) -0,5	83 (100)	0,086
Renda familiar ≥ mediana (1580)	23 (29,1) 0,0	16 (20,3) 1,9	15 (19) -2,1	25 (31,6) 0,5	79 (100)	
Pratica lazer	24 (32) 0,8	13 (17,3) 0,8	20 (26,7) 0,0	18 (24) -1,5	75 (100)	0,471
Não pratica lazer	23 (26,43) -0,8	11 (12,64) -0,8	23 (26,43) 0,0	30 (34,5) 1,5	87 (100)	
N. pessoas por cômodo < mediana (2)	31 (26,3) -1,3	18 (15,3) 0,3	32 (27,1) 0,3	37 (31,4) 0,8	118 (100)	0,643
N. pessoas por cômodo ≥ mediana (2)	16 (36,4) 1,3	6 (13,6) -0,3	11 (25) -0,3	11 (25) -0,8	44 (100)	
Casado	30 (27) -0,8	18 (16,2) 0,7	30 (27) 0,2	33 (29,7) 0,0	111 (100)	0,907*
Solteiro	5 (50) 1,5	1 (10) -0,4	2 (20) -0,5	2 (20) -0,7	10 (100,0)	
Separado ou viúvo	12 (29,3) 0,0	5 (12,2) -0,5	11 (26,8) 0,0	13 (31,7) 0,3	41 (100)	

BLOCO 2						
Possui doenças cardíacas	34 (28,1) - 0,4	17 (14) - 0,5	33 (27,3) 0,4	37 (30,6) 0,5	121 (100)	0,904
Não possui doenças cardíacas	13 (31,7) 0,4	7 (17,1) 0,5	10 (24,4) - 0,4	11 (26,8) -0,5	41 (100)	
Possui doenças reumatológicas	19 (35,2) 1,2	6 (11,1) -0,9	10 (18,5) -1,6	19 (35,2) 1,1	54 (100)	0,202
Não possui doenças reumatológicas	28 (25,9) -1,2	18 (16,7) 0,9	33 (30,6) 1,6	29 (26,9) -1,1	108 (100)	
Possui diabetes	17 (34) 0,9	5 (10) -1,2	14 (28) 0,3	14 (28) -0,3	50 (100)	0,599
Não possui diabetes	30 (26,8) -0,9	19 (17) 1,2	29 (25,9) -0,3	34 (30,4) 0,3	112 (100)	
Possui câncer	2 (28,6) 0,0	2 (28,6) 1,0	1 (14,3) -0,8	2 (28,6) -1,0	7 (100)	0,647*
Não possui câncer	45 (29) 0,0	22 (14,2) -1,0	42 (27,1) 0,8	46 (29,7) 0,1	155	
BLOCO 3						
Baixo nível de Vitamina D	20 (16) -6,7	20 (16) 0,8	37 (29,6) 1,6	48 (38,4) 4,5	125 (100)	0,001
Normal nível de Vitamina D	27 (73) 6,7	4 (10,8) -0,8	6 (16,2) -1,6	0 (0) 0	37 (100)	
Baixo nível de TSH	3 (75) 2,1	0 (0) -0,8	0 (0) -1,2	1 (25) -0,2	4 (100)	0,001*
Normal nível de TSH	29 (33,3) 1,3	17 (19,5) 1,8	29 (33,3) 2,1	12 (13,8) -4,8	87 (100)	
Alto nível de TSH	15 (21,1) -2,0	7 (9,9) -1,6	14 (19,7) -1,7	35 (49,3) 4,8	71 (100)	
Baixo nível de cortisol	15 (20,5) -2,1	10 (13,7) -0,4	13 (17,8) -2,3	35 (47,9) 4,6	73 (100)	0,001
Normal nível de cortisol	25 (39,7) 2,4	13 (20,6) 1,7	17 (27) 0,1	8 (12,7) -3,8	63 (100)	
Alto nível de cortisol	7 (26,9) -0,3	1 (3,8) -1,7	13 (50) 3,0	5 (19,2) -1,3	26 (100)	
Baixo nível de testosterona	21 (18,1) -4,9	13 (11,2) -2,1	36 (31) 2,1	46 (39,7) 4,4	116 (100)	0,001
Normal nível de testosterona	26 (56,5) 4,9	11 (23,9) 2,1	7 (15,2) -2,1	2 (4,3) -4,4	46 (100)	

*Teste exato de Fisher

Fonte: Elaborada pela autora.

Dados relevantes foram apresentados na Tabela 5, mostrando que nenhum idoso classificado como Deprimido e desesperançoso apresentou níveis de Vitamina D normais e 72,9% dos que

apresentaram níveis normais, estão “Felizes e motivados”. 38% dos que apresentaram Vitamina D baixa sentem-se “Deprimidos e desesperançosos” e 29,6% sentem-se “Aborrecidos e desamparados”. Nenhum idoso entrevistado apresentou níveis séricos de Vitamina D acima do normal.

Observa-se que com relação ao TSH, 49% dos idosos com níveis séricos acima do normal, sentem-se “Deprimidos e desesperançosos”, e 21,1% encontram-se “Felizes e motivados”. Dentre os que apresentaram níveis normais de TSH, 33,3% estão “Aborrecidos e desamparados” e 13,8% “Deprimidos e desesperançosos”. 75% dos que apresentaram TSH baixo encontravam-se “Felizes e motivados”.

No que se refere aos níveis séricos de Cortisol matinal a pesquisa mostrou que 39,7% dos idosos que apresentaram valores normais estão “Felizes e motivados” e 12,7% estão “Deprimidos e desesperançosos”. Para valores baixos de Cortisol, 20,5% estão “Felizes e motivados”, 17,8% estão “Aborrecidos e desamparados” e 47,9% estão “Deprimidos e desesperançosos”. 50% dos que apresentaram altos níveis séricos de Cortisol estão “Aborrecidos e desamparados”.

Nenhum entrevistado apresentou níveis séricos de Testosterona alto. Apresentaram níveis normais 28,4% dos idosos, todos com idade máxima de 64 anos e distribuíram-se nas seguintes classes: 56,6% “Felizes e motivados”, 23,9% “Desanimados mas motivados”, 15,2% “Aborrecidos e desamparados” e 4,3% “Deprimido e desamparados”. Para os que apresentaram níveis séricos baixos de Testosterona, 31% estão “Aborrecidos e desamparados” e 39,7% estão “Deprimidos e desesperançosos”.

5.3 ANÁLISE SIMPLES E MÚLTIPLA

Os resultados dos modelos simples e múltiplo de regressão logística ordinal em cada bloco são apresentados na Tabela 6. Na análise múltipla percebe-se resultados semelhantes, em que se destacam o grau de escolaridade e dados laboratoriais como fatores associados à Depressão na população estudada.

Tabela 6 - Resultados para a depressão a partir dos modelos simples e múltiplos de regressão logística ordinal. Recife, 2016.

Variáveis independentes de cada bloco	Simples				Múltiplo			
	OR	IC 95%		p-valor	OR	IC 95%		p-valor
		Inf	Sup			Inf	Sup	
Bloco 1								
Idade<mediana (69)	1,00							
Idade≥mediana (69)	1,37	0,78	2,39	0,265				
Branco	1,00							
Não branco	1,49	0,78	2,83	0,225				
Sem escolaridade	1,97	0,87	4,43	0,100	1,90	0,76	4,70	0,166
Até 4 anos de estudo	1,74	0,79	3,82	0,167	2,43	1,01	5,89	0,048
5 anos ou mais de estudo	1,00				1,00			
Renda individual<mediana (790)	1,20	0,67	2,14	0,529				
Renda individual≥mediana (790)	1,00							
Renda familiar<mediana (1580)	1,08	0,62	1,88	0,788				
Renda familiar≥mediana (1580)	1,00							
Possui lazer	1,00							
Não possui lazer	1,50	0,86	2,62	0,152				
N. pessoas por cômodo<mediana (2)	1,45	0,77	2,73	0,239				
N. pessoas por cômodo≥mediana (2)	1,00							
Solteiro	1,00							
Casado	2,21	0,64	7,58	0,206				
Separado ou viúvo	2,28	0,61	8,45	0,218				
Bloco 2								
Possui doenças cardíacas	1,23	0,65	2,32	0,522				
Não possui doenças cardíacas	1,00							
Possui doenças reumatológicas	0,97	0,53	1,77	0,920				
Não possui doenças reumatológicas	1,00							
Possui diabetes	0,86	0,47	1,57	0,625				
Não possui diabetes	1,00							
Possui câncer	0,82	0,21	3,16	0,775				
Não possui câncer	1,00							
Bloco 3								
Baixo nível de Vitamina D	14,14	6,18	32,32	<0,001	10,33	4,06	26,27	<0,001
Normal nível de Vitamina D	1,00				1,00			
Baixo nível de TSH	1,00				1,00			
Normal nível de TSH	3,68	0,34	39,45	0,280	11,31	0,97	131,98	0,053
Alto nível de TSH	12,10	1,10	132,53	0,041	15,73	1,30	189,95	0,030
Baixo nível de cortisol	1,00				1,00			
Normal nível de cortisol	0,26	0,14	0,50	<0,001	0,34	0,17	0,69	0,003
Alto nível de cortisol	0,53	0,23	1,17	0,120	0,55	0,22	1,37	0,200
Baixo nível de testosterona	7,73	3,89	15,36	<0,001	3,24	1,41	7,42	0,005
Normal nível de testosterona	1,00				1,00			

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere ao grau de escolaridade, pode-se afirmar que os idosos que não possuem escolaridade, tem uma chance (embora não significativa) de 90% para desenvolverem sintomas depressivos, e os que possuem até 4 anos de estudos, uma chance de 2,43 vezes maior, em relação aos que possuem 5 anos ou mais de estudo. A inexistência, no Brasil, de políticas educacionais direcionadas à velhice e ao analfabetismo pode ser observada na ausência dessas questões nas leis específicas, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (da educação) e o Estatuto do Idoso (da velhice) (PERES, 2011).

Uma análise dos dados laboratoriais mostra que baixos níveis séricos de vitamina D e testosterona estão associados à depressão nesses idosos, assim como níveis séricos altos ou normais de TSH também contribuem para uma predisposição à depressão nestes indivíduos. A leitura do Cortisol sérico em níveis normais “protegem” o indivíduo em 66% de chance de não desenvolver sintomas depressivos.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O fato de homens relatarem menos sintomas depressivos contribui para a falsa ideia de que os Transtornos Depressivos acometam menos o sexo masculino. Nos últimos anos o número de homens internados pela depressão aumentou, segundo estudo realizado em um hospital psiquiátrico de cuidado terciário, filantrópico, de médio porte, localizado na cidade de Divinópolis em Minas Gerais (SILVA et al, 2012).

Neste contexto, cabe a consideração a respeito da questão cultural, que também contempla o grau de escolaridade do indivíduo. A Organização Mundial da Saúde salienta que a efetividade de políticas voltadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis envolve questões de legislação, regulamentação e educação em massa, uma vez que mudanças individuais de comportamentos são difíceis de acontecer na ausência de mudanças ambientais (LIMA-COSTA, 2004).

Observou-se neste estudo que tanto os dados clínicos quanto a escolaridade, apresentaram efeitos significantes e independentes sobre a depressão. De acordo com a análise múltipla, esses dois parâmetros apresentaram efeito independente das demais variáveis sobre a depressão.

6.1 A VARIÁVEL ESCOLARIDADE COMO INFLUÊNCIA SOBRE A DEPRESSÃO NO IDOSO

Os idosos sem grau de escolaridade apresentaram 90% de probabilidade de se tornarem deprimidos, enquanto que nos que tem até 4 anos de estudo, a chance é de 2,43 vezes maior, em relação aos que tem 5 anos ou mais de estudo.

Estudos mostram associação significativa entre baixa escolaridade e depressão (LEITE et al, 2006) (KULAKSIZOGLU et al, 2005). Segundo Gazalle et al. (2004), indivíduos mais velhos e com menor grau de escolaridade, apresentaram médias estatisticamente maiores ($p < 0,05$) de sintomas depressivos. Aguiar (2012) observou quanto à escolaridade e sua associação com a depressão, frequência maior de sintomas depressivos entre aqueles idosos com até quatro anos de estudo (20,0%) ou os que nunca estudaram ou são analfabetos (17,2%).

A educação é um dos principais critérios de avaliação do nível socioeconômico de uma população (MACIEL; GUERRA, 2006). A baixa escolaridade dos idosos é fator agravante das

desigualdades e dificulta acompanhar as transformações ocorridas no mundo moderno (ROSA, 2007), no entanto, segundo Souza (2009), não há consenso bem documentado na literatura mundial sobre a faixa etária de maior prevalência dessa doença. Em estudo transversal realizado em Maringá (Paraná – Brasil), com 453 adultos, para avaliar doenças crônicas não transmissíveis (DTCN), evidenciou-se que estas foram mais prevalentes nos idosos e nos indivíduos com baixa escolaridade. (BRISCHILIARI et al, 2014).

A Organização Mundial da Saúde salienta que a efetividade de políticas voltadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis envolve questões de legislação, regulamentação e educação em massa, uma vez que mudanças individuais de comportamentos são difíceis de acontecer na ausência de mudanças ambientais.

6.2 DADOS CLÍNICOS-LABORATORIAIS COMO DETERMINANTES DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Nos últimos anos, com o envelhecimento populacional a temática do idoso tem ganhado relevância, especialmente pelas doenças apresentadas por esta faixa etária da população, incluindo um elevado número de doenças psiquiátricas, especialmente a depressão (MANN, 2001). Sabe-se que particularmente na população idosa os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. Nessa faixa etária há uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), acarretando um predomínio de sintomas, como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia (GAZALLE et al., 2004).

A proporção de indivíduos com depressão, bem como sua gravidade, teve aumento proporcional com o aumento da idade, sendo em menor representação no sexo masculino, de acordo com estudos de Silva et al (2012). Apesar da depressão afetar ambos os sexos, os estudos epidemiológicos demonstram que há uma menor prevalência deste transtorno entre os homens. Existem controvérsias sobre esta prevalência, pois há uma diferença entre o número de homens que procuram os serviços de saúde com o número de mulheres, as quais culturalmente utilizam mais as Unidade de Saúde Pública (JUSTO e CALIL, 2006).

Apesar da grande importância que a doença representa, uma possível subnotificação nos diversos serviços de saúde, pode estar contribuindo com a perda da autonomia do paciente, e agravamento das patologias preexistentes com consequente reflexo direto na qualidade de vida e saúde deste público alvo. A presença de comorbidades e o uso de múltiplos

medicamentos são habituais na população geriátrica, fazendo com que, tanto o diagnóstico quanto o tratamento dos transtornos do humor se tornem mais complexos (PARADELA et al, 2005).

No que se refere aos dados clínico-laboratoriais deste estudo, observou-se quatro fatores relevantes relacionados ao público entrevistado.

- Os idosos que apresentaram níveis normais de cortisol tem 66% menos chances de se tornarem deprimidos;
- Os que apresentaram hipovitaminose D, apresentam uma chance maior que 10 vezes de ter depressão;
- Aqueles com baixos níveis de Testosterona total, apresentam uma tendência 2,24 vezes maior para se tornarem depressivos;
- Os valores altos de TSH (diagnóstico de hipotireoidismo) apresentaram 15 vezes mais predisposição a se tornarem deprimidos.

6.2.1 Vitamina D e Depressão

A vitamina D também exerce um papel importante na temática Depressão. Foi verificado por Hoogendijk et al (2008) que a depressão está fortemente associada com menores níveis séricos de Vitamina D, mesmo após o ajuste para idade, sexo, índice de massa corporal, tabagismo, estado de saúde, nível de atividade física e nível de urbanização e conclui questionando se são essas mudanças biológicas uma causa ou uma consequência da depressão.

A população geriátrica é mais sensível à hipovitaminose D por vários motivos, dentre eles por ingestão inadequada (FISBERG et al, 2013), por uma exposição menor ao sol e consequente capacidade de produção cutânea de vitamina D reduzida, por uma menor absorção de vitamina D pelo trato gastrintestinal, e devido à polifarmácia interferindo na absorção e/ou metabolização da vitamina D. O incentivo à exposição solar, à suplementação medicamentosa com colecalciferol e o enriquecimento alimentar são condutas de saúde pública que devem ser incentivadas em nosso país (SARAIVA, 2007).

Estudo realizado por Fisberg et al (2013) revela que ingestão de vitaminas e minerais por idosos brasileiros encontra-se aquém dos valores recomendados. Ações diretas de incentivo à alimentação saudável que facilitem o acesso a alimentos fontes de micronutrientes, como

cereais integrais, frutas, hortaliças e pescados pela população idosa podem contribuir para reverter esse cenário.

É comum na prática clínica perceber pacientes portadores de hipovitaminose D. Esta deficiência eleva as chances de quedas, fraturas ósseas, sintomas depressivos, câncer de cólon e problemas cognitivos. Hirani (2014) buscou explorar a associação entre níveis séricos de Vitamina D e uma grande variedade de condições de saúde, medidas de desempenho físico, incapacidade e mortalidade em um grande estudo epidemiológico para identificar uma faixa ótima para concentrações de Vitamina D e constatou que em homens mais velhos, esta fica entre 50,0 e 74,9 nmol / l, sem adicional benefício para níveis acima disto.

6.2.2 TSH e Depressão

A síndrome depressiva é companheira freqüente de quase todas as patologias clínicas crônicas, e quando está presente acaba levando a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida, e maior morbimortalidade como um todo (TENG et al, 2005). Freqüentemente observa-se que pacientes com depressão podem apresentar alterações tireoidianas, sendo a mais comum o hipotireoidismo, que pode ocorrer em formas subsindrômicas em até 17% dos pacientes com transtornos do humor (COLE et al, 2002).

Neste estudo, a população com níveis séricos altos de TSH, apresentaram uma chance 15 vezes maior de desenvolver quadro clínico depressivo em relação aos idosos que apresentaram TSH com níveis séricos baixos. A associação de depressão com hipotireoidismo franco é descrita na literatura científica. A incidência do hipotireoidismo aumenta a partir dos 60 anos, com frequência que varia de 0,5% a 5% nos casos de hipotireoidismo franco e de 15% a 20% nos casos de hipotireoidismo subclínico (FREITAS et al, 2009). Contudo para um diagnóstico de hipotireoidismo, seria necessário a avaliação de outros hormônios tireoideanos, embora a associação neste estudo entre TSH e predisposição à depressão tenha sido estatisticamente significativa.

Em trabalho realizado em um ambulatório geriátrico de referência, em Salvador, Bahia, com uma amostra constituída por 1.120 idosos atendidos, com o objetivo de investigar a associação entre doenças crônicas e depressão em idosos, revelou que 4,5% apresentaram Hipotireoidismo (DUARTE; REGO, 2007). O hipotireoidismo tem sintomas semelhantes aos da depressão como: lentificação da fala, diminuição do rendimento intelectual, fadiga,

diminuição do apetite e apatia. Com o tratamento do hipotireoidismo pode haver melhora dessas manifestações clínicas (BALONE, 2005; VAISMAN, 2005 apud FREITAS e cols, 2009), sendo de grande importância o rastreio das possíveis causas da Depressão no idoso, para a adequação do tratamento.

6.2.3 Cortisol e Depressão

A população deste estudo que apresentou níveis normais do hormônio Cortisol, mostrou-se com 66% de chance de não desenvolver sintomas depressivos.

O cortisol é um hormônio esteróide secretado pelas glândulas suprarrenais e está relacionado ao sistema emocional. Também estimula o sistema imunológico, reduzindo a possibilidade de inflamações, quando em níveis fisiológicos, entretanto, a homeostase neuroendócrina pode ser prejudicada em situações de estresse crônico, podendo afetar o eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal, com consequentes alterações hormonais em seus níveis fisiológicos. Segundo GUYTON (2002), o Cortisol é um hormônio envolvido diretamente na resposta ao estresse, aumentando a pressão arterial ativando respostas do corpo frente a situações de emergência.

A exposição do organismo ao estresse induz o hipotálamo a secretar o hormônio liberador de corticotropina (HLC) e vasopressina que ativam a pituitária a secretar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). O ACTH, no sangue, por sua vez estimula a secreção de glicocorticoides pelo córtex adrenal principalmente o cortisol (JURUENA et al, 2004).

6.2.4 Testosterona e Depressão

Os níveis de testosterona, o principal hormônio masculino, começam a cair até 1% a cada ano a partir dos 30 anos de idade. A redução é gradual, mas permanente. Então por volta dos 50 anos, cerca de 10% dos homens apresentam níveis baixos de testosterona. Aos 70 anos, mais da metade sofre com deficiência do hormônio. Além disso, são descritos sintomas como fadiga intensa, níveis de depressão, irritabilidade, distúrbios da ansiedade e alterações inexplicáveis de humor nessa fase (ROHDEN, 2011).

Nas últimas décadas, o declínio hormonal masculino associado à idade tem sido objeto de significativo interesse para a comunidade médica e científica. A busca compreensiva deste período de transição no sexo masculino é expectável, no sentido em que poderão estar envolvidos fatores de ordem somática, psicológica e até social que contribuem para a qualidade de vida e saúde pública (ALMEIDA, 2010).

Os resultados obtidos neste estudo, indicam que a população analisada, que apresenta baixos níveis de testosterona total está relacionada a uma chance desta desenvolver depressão em 2,24 vezes mais, em acordo com estudos realizados por alguns autores, em que fatores psicológicos foram relacionados com níveis de testosterona abaixo do normativo em homens numa faixa etária idêntica à da nossa população em estudo (WANG et al., 2004; McNICHOLAS et al., 2003; SHORES et al., 2005; MULLIGAN et al., 2008). Trata-se apenas de um rastreamento, uma vez que para o diagnóstico de Andropausa propriamente dito, necessitaria-se de mais dados laboratoriais.

A base fisiológica que fundamenta a grande variação individual nos níveis séricos de testosterona observada em qualquer idade não está ainda bem elucidada. Além do próprio processo de envelhecimento, existem fatores fisiológicos e outros relacionados ao estilo de vida (alimentação, atividade física, sexualidade etc.) que influenciam a variabilidade destes níveis, e que devem ser considerados na avaliação do homem idoso. Na senescência ocorre uma série de alterações nos níveis circulantes de hormônios, neurotransmissores, neuropeptídeos, vitaminas e diversas outras substâncias sendo que algumas destas alterações bioquímicas, sabe-se hoje, têm papel preponderante na gênese do declínio da função androgênica do homem idoso (BONACCORSI, 2001).

6.3 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NESTE ESTUDO

A confiabilidade de um instrumento de avaliação consiste na sua capacidade de gerar resultados replicáveis e coerentes. Uma escala é mais confiável quando os itens que a compõem se correlacionam fortemente (PINHO et al, 2009).

Os transtornos depressivos podem ser definidos como episódios de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades. A depressão é considerada o principal transtorno mental em idosos, podendo relacionar-se com a qualidade do sono e hábitos de vida, além de ser influenciada por questões sociodemográficas (LOPES et al, 2015), embora a

identificação desses pacientes seja muitas vezes difícil na prática clínica (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999).

No presente estudo, o instrumento de rastreamento utilizado neste estudo foi a GDS-15. Foi observado que três perguntas (*Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?*, *Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?* e *Acha que tem muita gente em situação melhor?*) podem ser parte da realidade de muitos idosos, sem que necessariamente isto signifique sintomatologia depressiva, semelhante ao observado em estudo de Pinho et al (2009), com relação à segunda pergunta. Estas perguntas possuem o mesmo peso que outras perguntas mais direcionadas ao diagnóstico de depressão, o que torna mais frágil uma análise principalmente nos pontos de corte.

De acordo com as Análises de Classes Latentes foram criadas quatro classes ordinais com os resultados obtidos: Feliz e motivado, Desanimado mas motivado, Aborrecido e desamparado e Deprimido e desesperançoso, com distribuição proporcional semelhante nos extremos (Feliz e motivado e Deprimido e desesperançoso, com 29% cada), para uma melhor avaliação dos resultados. De forma semelhante ocorreu no estudo de Pinho et al (2009) onde foram identificados três fatores que exploraram as seguintes dimensões: fator I “desesperança/desvalia”, fator II “anedonia/desmotivação” e fator III “afeto/humor deprimido”. O agrupamento de itens nos três fatores mostrando-se coerente com o construto (conceito) depressão.

Em estudo transversal que avaliou 209 idosos, pacientes do Ambulatório de Cardiologia de um hospital –escola em São Paulo, utilizando-se a GDS-15, a depressão clínica foi diagnosticada em 35,71% da amostra avaliada de acordo com o DSM-IV. Para o diagnóstico de depressão maior ou distímia, o ponto de corte 5/6 apresentou acurácia moderada (AUROC= 0,84), sensibilidade de 79,92% e especificidade de 78,29%. A consistência interna foi de 0,80. Na análise fatorial, três fatores obtidos explicaram 52,72% da variância total observada (PINHO et al, 2009). No estudo de Paradela et al (2005) o ponto de corte de melhor equilíbrio foi 5/6, obteve sensibilidade de 81% e especificidade de 71%; e o valor da área sob a curva Receiver Operating Characteristic foi de 0,85 (IC 95%: 0,79-0,91).

O análise descrita neste estudo permitiu uma nova forma de avaliação para classificação e rastreamento da sintomatologia depressiva nos idosos.

6.4 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente estudo apresenta como limitações algumas perdas no número da amostra que ocorreram, principalmente porque alguns idosos com menos de 70 anos exercem atividade profissional, e estas coincidem com o horário de funcionamento da Unidade de Saúde do Jordão Alto, não puderam ser localizados e devido ao fato de uma grande quantidade de moradias no Jordão Alto serem alugadas, levando a uma alta rotatividade de usuários cadastrados da comunidade, além de ser costume de muitas famílias, passar temporadas com seus idosos dividindo a sua estada com irmãos ou parentes próximos.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Raros são os estudos que se propõe a investigar a depressão na população idosa masculina e seus correlatos associados. Este estudo representa uma oportunidade de um entendimento da Depressão por meio da Análise de Classes Latentes, em que a Depressão configura um fenômeno não observado diretamente. Contudo, pode ser mensurado por meio da maior probabilidade de pertencimento a um determinado perfil de respostas, provenientes na Escala de Depressão Geriátrica utilizada.

A limitação que pontos de corte impõem sobre a análise e a impossibilidade de se garantir que pessoas com a mesma pontuação teriam respondido às mesmas perguntas de forma semelhante entre elas, limitam a abordagem tradicional do instrumento utilizado. Adicionalmente, a Depressão configura-se como um objeto de estudo complexo e de difícil observação/mensuração. Paralelamente, as 15 perguntas do instrumento tratam-se de estratégias para se medir indiretamente algo difícil de ser apreendido em uma única medida direta.

Devido a este conjunto de fatores, a realização de Análise de Classes Latentes (ACL), representou um aspecto inovador na discussão deste emblemático fenômeno latente indiretamente mensurado pelas 15 perguntas/respostas observadas diretamente na Escala utilizada.

Neste sentido, propôs-se a identificar a prevalência e os fatores associados à depressão em idosos do sexo masculino, assistidos na Atenção Básica, que é a porta de entrada ambulatorial do SUS. Foi possível constatar que os resultados apresentados, mostraram-se compatíveis com dados apontados na literatura.

A prevalência da depressão grave (deprimido ou desesperançoso) na população estudada foi de 29% estando associada ao baixo grau de escolaridade e às alterações dos dados clínicos investigados. Além disso, outros níveis intermediários de depressão foram observados.

A escolaridade como fator associado à Depressão em idosos é bastante referida na literatura e se apresentou neste estudo como um dos fatores associados, para os idosos com escolaridade até 4 anos.

Dentre os dados clínico-laboratoriais investigados, todos tiveram associação com Depressão, sejam pelos níveis séricos normais, como forma de “proteção” (como no caso do Cortisol); pelos níveis baixos, pela predisposição (como no caso da Vitamina D e da

Testosterona) ou pelos níveis mais altos, como provável fator desencadeante da Depressão (como no caso do TSH).

Cabe neste contexto, um olhar diferenciado aos idosos residentes nesta comunidade, com inclusão nas agendas, de atividades educativas em saúde (uma forte aliada para o envelhecimento ativo) e investimento na melhoria dos serviços oferecidos, por meio da ampliação de conhecimentos gerontológicos para as equipes multi e interdisciplinares, bem como o envolvimento da família e sociedade, contribuindo para um diagnóstico precoce e condução adequada do tratamento.

Surge então um novo cenário na prática clínica. A percepção dos sinais e sintomas de depressão nos idosos (bem como a observação das variáveis socioeconômicas relacionadas) e em especial no homem idoso, é um grande desafio para os profissionais, e fundamental para o trabalho de prevenção de agravos e intervenções corretas.

A longevidade saudável é uma meta a ser alcançada no curso de um processo de envelhecimento bem sucedido. A saúde do homem idoso precisa ser bem avaliada e para isso, ressalta-se aqui a importância da realização de novos estudos na área Gerontológica, com a finalidade de acolher mais e melhor esses idosos. Como consequência, pode-se ter uma população idosa masculina mais saudável e com maior expectativa de vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.N.S.; SIQUEIRA, A. L.; CAIAFFA, W. T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Rev Saúde Pública** 2009; 43(1):183-94.

AGUIAR, A. M. A. **Prevalência de depressão e fatores associados em idosos assistidos em serviço especializado geronto-geriátrico**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

AGUIAR, W. M.; DUNNINGHAM, W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. Boletim do Comitê Brasileiro para Prevenção e Tratamento de Depressão. **Arq Bras Med.** 1993; 63:291-310.

ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sócio-demográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.29, p.435-44, abr./jun. 2009.

ALMEIDA, R. C. F. **As manifestações da ansiedade, depressão e stress no período climatérico masculino**. Dissertação (Mestrado) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, Portugal, 2010. p 27.

ALMEIDA, O.P. e ALMEIDA, S; A. Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) Versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatria** 1999;57(2-B): 421-426.

ANDRADE, A. Q.; GONTIJO, E. D. Triagem neonatal para infecção chagásica congênita: aplicação de análise de classe latente para avaliação dos testes diagnósticos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.41 no.6 Uberaba Nov./Dec. 2008

ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 129-36.

BANDEIRA, C. B. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. **Rev Bras Med Fam Com.** 2008; 4(15):189-204.

BERK, M.; SANDERS, K. M.; PASCO, J. A.; JACKA, F. N.; WILLIAMS, L. J.; HAYLES, A. L.; DODD, S. Vitamin D deficiency may play a role in depression. **Medical Hypotheses**, vol. 69, Issue 6, 2007, Pages 1316-1319

BERENT, D.; ZBORALSKI, K.; ORZECZOWSKA, A.; GAŁECKI, P. Thyroid hormones association with depression severity and clinical outcome in patients with major depressive disorder. **Mol Biol Rep** (2014) 41:2419–2425.

BONACCORSI, A. C. Andropausa: Insuficiência androgênica parcial do homem idoso. Uma Revisão. **Arq bras endocrinol metab** vol.45 no.2 São Paulo mar./apr. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**, 2004.

BRASIL. **Lei Federal 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Brasília: Congresso Nacional, 2004 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo**: Uma política de saúde, 2005, p 13.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF); 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 2007, p 101.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem** (Princípios e diretrizes). Brasília, novembro, 2008.

BRISCHILIARI, S. C. R. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol**. 2014;27(1):536-37 janeiro/fevereiro.

BRUCKI, S.; NITRINI, R.; CARAMELI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mine exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatria** 2003;61(3-B):777-781.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; PASINATO M. T.; MELLO, J. L. **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira**: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Ipea; 2009.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010 p 13.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** vol. 27 nº 01 São Paulo Jan/Junho 2010 p 233-235.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 58-73.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10):2985-2994, 2013.
DIÁRIO OFICIAL DO RECIFE. **Perfil dos bairros do Recife**. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros>, 1997.

COLE, D. P.; THASE, M.E.; MALLINGER, A.G. et al. - Slower Treatment Response in Bipolar Depression Predicted by Lower Pretreatment Thyroid Function. **Am J Psychiatry** 159:116-21, 2002.

DOLL, J.; RAMOS, A.C.; BUAES, C. S. Educação e Envelhecimento. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 9-15, jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade.

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

EULALIO, M. C.; ANDRADE, T. F.; MELO, R. L. P.; NERI, A. L. A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(3):555-564, mar, 2015.

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

FISBERG, R. M. et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública** vol. 47 suppl. 1, São Paulo Feb. 2013.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm** 2011;24(3):430-33.

FREITAS, M. C.; CAMPOLINA, A. G.; RIBEIRO, R. L.; KITADAI, F. T. Comparação de função cognitiva e depressão em pacientes hipotireoideos subclínicos com eutiroideos e hipotireoideos em tratamento, acima de 65 anos. **Rev. Bras Clin Med**, 2009;7:89-94.

FREITAS D. C.; MANSANO-SCHLOSSER; T.C; SANTOS, A. A.; LIBERALESSO, A; CEOLIM, M. F. Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatoide em idosos. **Rev. Esc Enferm USP** 2013. 47(4):869-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0869.pdf>

FRENK J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M.S.; TAVARES, B.F.; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. de Saúde Pública** 2004;38(3):365-71.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica **Cadernos de Saúde Pública** v.22 n.5. Rio de Janeiro, maio 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública** vol.23 no.3. Rio de Janeiro Mar. 2007.

GOTTLIEB, M. G. V.; SCHWANKE, C. H. A.; GOMES, I.; CRUZ, I. B. M. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011; 14(2):365-380

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde Brasil.** [Internet] 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_cronicas_naotransmissiveis_estrategias.pdf.

GUARNIERI, A.P. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**, 2008, v. 33, n. 3, p. 139-40.

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 10. ed. RJ: Guanabara Koogan, 2002.

HALFIN A. Depressão: Os benefícios do tratamento precoce e apropriado. **Am J Managed Care.** 2007; 13(11):92-7.

HIRANI, V. **The associations between serum concentrations of 25 -hydroxyvitamin D and various health conditions , physical performance measures , failure , and all cause mortality:** Project of health and aging in men. Australia , 2014 .

HOOGENDIJK, W.J.G.; LIPS, P.; DIK, M. G.; DEEG, D. J. H.; BEEKMAN, A. T. F.; PENNINX, B. W. J. H. Depression Is Associated With Decreased 25-Hydroxyvitamin D and Increased Parathyroid Hormone Levels in Older Adults. **Arch Gen Psychiatry.** 2008;65(5):508-512. doi:10.1001/archpsyc.65.5.508.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression.** Danvers: John Wiley & Sons, Inc., 2ª ed., 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do censo demográfico 2010.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf

JANICAK, P.G.; SHARMA, R.; COMATY, J.; DAVIS, J.M. Tratamento farmacológico de depressão. In: Flaherty J, Channon RA, Davis JM. **Psiquiatria - diagnóstico e tratamento.** São Paulo: **Artes Médicas:** 1990. 479p.

JUNG, T.; WICKRAMA, K. A. S. An introduction to latent class growth mixture analysis and growth mixture modeling. Social and personality **Psychology Compass**, Malden, v.2, n. 1, p. 302-317, 2008.

JURUENA, M. F.; CLEARE, A. J.; PARIANTE, C. M. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão. **Rev. Brasileira Psiquiatria**. 2004, 26 (3), 189-201.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev Psiquiatr Clín**. 2006;33(2):74-9.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol .19, n. 3, Rio de Janeiro, 2003.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Sociedade e Estado** – Vol. 27 Número 1 - Janeiro/Abril 2012.

KULAKSIZOGLU, I. B. et al. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. **Int Psychogeriatr**, 17: 303-12, 2005.

KUSSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-am Enferm**. 2004; 12:525-32.

LAKS, J. O que há de tão especial em ter 65 anos? **J Bras Psiquiatr**. 1995; 44:341-3.

LEITE, V.M.M.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L.; FALCÃO, I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. bras. saúde matern. infantil**, 6(1):31-38, jan.-mar. 2006.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras Psiquiatria** 1999;21(Supl 1):S11-11.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD 98). **Cadernos de Saúde Pública** 2003;19(3):735-43.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública** vol.19 n.3 Rio de Janeiro, may. 2003.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2004; 13(4): 201 – 208.

LOPES, J. M.; FERNANDES, S. G. G.; DANTAS, F. G., MEDEIROS, J. L. A. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Vol.18 no.3 Rio de Janeiro july/sept. 2015.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública** 2006;40(4):712-9.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J. Bras. Psiquiatria**. vol.55 no.1 Rio de Janeiro 2006.

MALTA, L. C. **Depressão em idosos: análise do processo diagnóstico na estratégia de saúde da família em Balneário Camboriú, SC.** Dissertação de mestrado, 2008.

MANN, A. Depression in the elderly: findings from a community survey. **Maturitas**. 2001;38(1):53-8.

MCNICHOLAS, A.; DEAN, D.; MULDER, H. A novel testosterone gel formulation normalizes androgen levels in hypogonadal men, with improvements in body composition and sexual function. **British Journal of Urology International**, 2003, 91(1), 69-74.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C.B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. 2005; 18(4): 422-6.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(5):955-964, mai, 2012.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública** 2010;44(4):750-7.

MOURA, E. C.; SANTOS, W.; NEVES, A. C. M.; GOMES, R.; SCHWARZ, E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciências Saúde Coletiva**, vol.19 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2014.

MULLIAN, T.; FRICK, M.; ZURAW, C.; STEMHAGEN, A.; MCWHIRTER, C. Prevalence of hypogonadism in males aged at least 45 years: the HIM study. **International Journal of Clinical Practice**, 2008, 60 (7), 762-769.

NOGUEIRA, E. L.; RUBIN, L. L.; GIACOBBO, S. S.; GOMES, I.; NETO, A.C. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública** vol.48 no.3 São Paulo Junho 2014.

NYLUND, K. L.; ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. O. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. **Structural Equation Modeling**, v. 14, n. 4, p. 535-569, 2007.

OLIVEIRA, M. F.; BEZERRA, V. P.; SILVA, A. O.; ALVES, M. S. C. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; CALDAS, C. P. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva** 17 (8): 2191-2198, 2012.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública** 2005; 39 (6): 918-23.

PARKER G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? **Am J Psychiatry**. Aug 2000;157(8):1195-1203.

PAULA, A. F. M.; RIBEIRO, L. H. M.; D'ELBOUX, M. J.; GUARIENTO, M. E. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev. Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 jul-set;11(3):212-8.

PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Soc. estado**. vol.26 no.3 Brasília Sept./Dec. 2011.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C. e BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7 n.4 Rio de Janeiro, 2002.

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.**, 2009; 12(1):123-140.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M.; CARVALHO, A. C. C. Confiabilidade e Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Idosos com Doença Arterial Coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br>. São Paulo, Jun 2009.

RAMOS, L. R. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S.M. organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-8.

RAMOS L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.3, n.19, p.793-798, 2003.

REYNOLDS, C. F.; KUPFER, D.J. Depression and aging: a look to the future. **Psychiatr Serv.**, 1999; 50:1167-72.

RHODEN, F. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horiz. antropol.** vol.17 no.35 Porto Alegre Jan./June 2011.

ROSA, P. V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda** - RS, Brasil. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – 2007, 79 p.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SARAIVA et al. Prevalência da deficiência, insuficiência de vitamina D e hiperparatiroidismo secundário em idosos institucionalizados e moradores na comunidade da cidade de São Paulo, Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol. 51 n° 3 São Paulo, Apr. 2007.

SANTOS, A. A.; OLIVEIRA, S. C.; FREITAS, D. C.; CEOLIM, M. F.; PAVARINI, S. C. L.; ROCHA, M. C. P. Perfil dos idosos que cochilam. **Rev. Esc Enferm USP**. 2013. 47(6):1345-51.

SASS, A.; GRAVENA, A. A. F.; PILGER, C.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(1):80-85.

SCHRAIBER, L.B; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.10 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2005.

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

SHORES, M.; MOCERI, M.; SLOAN, L.; MATSUMOTO, M.; KIVLAHAN, R. **Journal of Clinical Psychiatry**, 2005, 66(1), 7-14.

SILVA, V. L. Q. **Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família**: trabalhando com a equipe a pesquisa ação. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.

SILVA, A. G.; SILVA, J. J.; SALOMÉ, H. S.; MACHADO, R. M. Depressão masculina: um estudo sobre as internações na região centro-oeste de Minas Gerais. **Rev. Enferm. UFSM**, 2012, Mai/Ago;2(2): 275-281.

SILVA, E.R.; SOUZA, A. R. P.; FERREIRA, L.B.; PEIXOTO, H. M. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Esc Enferm. USP** 2012; 46(6):1387-93.

SILVA, J. C. Velhos ou idosos? **A Terceira Idade**, v. 14, n. 26, p. 94-111, 2003.

SILVA JUNIOR, C. A. **Epidemiologia dos subtipos de depressão**: análise de classes latentes dos sintomas depressivos em uma amostra populacional da região Metropolitana de São Paulo. 2012. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-01102012-162421/>>. Acesso em: 2016-01-12.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. 2003; 19(3): 839-847.

SITTA, E. I.; ARAKAWA, A. M.; CALDANA M. L.; PERES, S. H. C. S. A contribuição dos estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC**. 2010 Nov-Dez; 12(6):1059-1066.

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.

TAVARES, D. M. S.; CORTÊS, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida e comorbidades entre idosos diabéticos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):97-103.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiq. Clín.** 32 (3); 149-159, 2005.

VAISMAN, M.; REIS, F. A. A. Hipotireoidismo. **Rev. Bras. Med.**, 2000;57:169-175.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** 2009;43(3):548-54.

VERAS, 2010. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2669-2676, 2010.

VERAS, R., 2012. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(1):231-238, 2012.

WANG, C.; CUNNINGHAM, G.; DOBS, A. Long-term testosterone gel (androgel) treatment maintains beneficial effects on sexual function and mood, lean and fat mass, and bone mineral density in hypogonadal men. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, 2004, 89 (5), 2085-2098.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Men, Ageing and Health**. Geneva: World Health Organization; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005. 60p

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO . **Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level: report by the Secretariat**. Geneva; 2011. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf

YESAVAGE, J. A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, Londres, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

ZASLAVSKY, C. e GUS, I.. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.** 2002, vol.79, n.6, pp. 635-639.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário socioeconômico-demográfico, clínico e de morbidades

Idade:	
Cor/ raça:	<input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> preta
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º grau _____ (número de anos) <input type="checkbox"/> 2º grau _____ (número de anos) <input type="checkbox"/> Graduação _____ (número de anos)
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo
Renda individual: (em reais)	
Renda Familiar: (em reais)	
Lazer:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Comorbidades:	<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular <input type="checkbox"/> Doença Reumática <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Câncer
Dados clínicos:	Vitamina D _____ TSH _____ Cortisol _____ Testosterona _____
Número de pessoas na residência:	

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre E Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o Sr. para participar como voluntário da pesquisa **DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM HOMENS IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**, a se realizar na comunidade do Jordão Alto, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Rita de Cássia Hoffmann Leão, Avenida Dona Carentina, nº 02, Jordão Alto, CEP 51260-040, telefones: (81) 335506162 e (81) 33550613. E-mail: ritachl@yahoo.com.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o senhor não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o senhor esteja bem esclarecido sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o Sr. não será penalizado de forma alguma. Também está garantido que o Sr. tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O objetivo específico deste estudo é identificar os fatores associados à depressão em idosos do sexo masculino. Após assinado o termo de consentimento livre e esclarecido o voluntário passará pela entrevista que irá contar com algumas perguntas sobre a sua saúde e condições sócioeconômicas.
- Pode-se considerar nesta pesquisa a presença de um risco baixo ao voluntário, que poderá retirar sua participação em qualquer momento da pesquisa.
- Como benefício pela participação dessa pesquisa o participante poderá contribuir com a recuperação/cura de indivíduos portadores de depressão.
- Poderá ocorrer o risco do constrangimento em responder algumas perguntas da Escala de Yessavage ou de ordem pessoal, entretanto a mesma se dará durante a consulta, em ambiente fechado, confortável, apenas na presença da médica assistente, tendo o usuário livre arbítrio para a recusa da mesma.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do voluntário. Os dados coletados nesta pesquisa como entrevistas, ficarão armazenados no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período mínimo de cinco anos.

O senhor não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – Termo de responsabilidade do Pesquisador

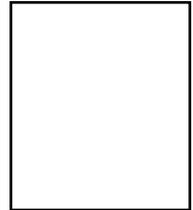


CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM HOMENS IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**, como voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou ônus.

Recife, ____/____/____

Assinatura do participante:



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Depressão Geriátrica – GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida?

(não =1) (sim=0)

2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?

(sim = 1) (não = 0)

3. Sente que a vida está vazia?

(sim=1) (não = 0)

4. Aborrece-se com frequência?

(sim=1) (não = 0)

5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?

(não=1) (sim = 0)

6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?

(sim=1) (não = 0)

7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?

(não=1) (sim = 0)

8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)?

(sim=1) (não = 0)

9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?

(sim=1) (não = 0)

10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?

(sim=1) (não = 0)

11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?

(não=1) (sim = 0)

12. Vale a pena viver como vive agora?

(não=1) (sim = 0)

13. Sente-se cheio(a) de energia?

(não=1) (sim = 0)

14. Acha que sua situação tem solução?

(não=1) (sim = 0)

15. Acha que tem muita gente em situação melhor?

(sim=1) (não = 0)

Resultado _____

ANEXO B - Mini Exame do Estado Mental

1. Orientação espacial (0-5 pontos): Dia Mês Ano Dia da semana Hora
2. Orientação espacial (0-5 pontos): Local Rua Bairro Cidade Estado
3. Repita as palavras (0-3 pontos): Caneca Tijolo Tapete
4. Cálculo (0-5 pontos): O senhor faz cálculos? Sim (vá para a pergunta 4a); Não (vá para a pergunta 4b)

4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E menos 7? 93 86 79 72 65

4b. Soletre a palavra MUNDO de trás para frente: O D N U M

5. Memorização (0-3 pontos): Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco
 Caneca Tijolo Tapete
6. Linguagem (0-2 pontos): Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los. Relógio Caneta
7. Linguagem (1 ponto):
Solicite ao entrevistado que repita a frase: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.
8. Linguagem (0-3 pontos): Siga uma ordem de 3 estágios:

Pegue esse papel com a mão direita Dobre-o no meio Coloque-o no chão

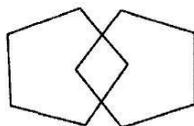
9. Linguagem (1 ponto):

Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.

10. Linguagem (1 ponto): ____ Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

11. Linguagem (1 ponto):

Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



Resultado: _____

ANEXO C – Carta de Anuência



Autorizo **Rita de Cássia Hoffmann Leão** pesquisadora em gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa na Estratégia de Saúde da Família – Jordão Alto do Distrito Sanitário VIII da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Depressão e fatores associados em homens idosos assistidos na atenção básica.", sendo orientada por **Rafael da Silveira Moreira** e co orientada por **Vanessa de Lima Silva**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 06 de fevereiro de 2015.

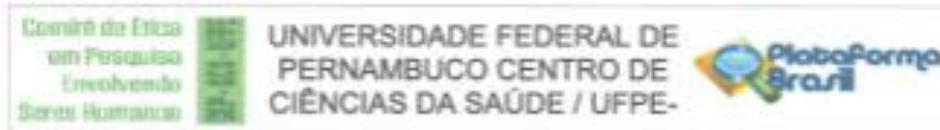
Atenciosamente,

Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
SECRETARIA DE SAÚDE
Rua da Saúde nº 95, 500-0

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Depressão e fatores associados em homens idosos assistidos na Atenção Básica

Pesquisador: RITA DE CÁSSIA HOFFMANN LEÃO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43048815.7.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

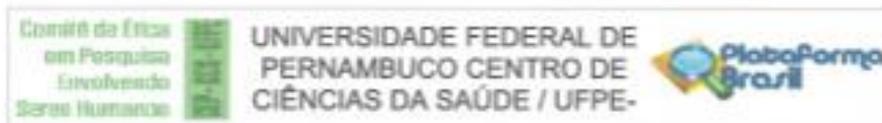
Número do Parecer: 1.076.173

Data da Relatório: 04/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado onde o objeto de estudo é a depressão na população masculina idosa. Serão entrevistados os idosos masculinos com idade de 60 anos ou mais residentes em área coberta pela Estratégia de Saúde da Família no bairro do Jordão Alto, Distrito Sanitário VIII, na cidade do Recife, sem déficit cognitivo e com diagnóstico de depressão, cadastrados e acompanhados na unidade (aproximadamente 270 indivíduos). O estudo será desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Jordão Alto, localizada no bairro do Jordão Alto. A referida unidade integra o Distrito Sanitário VIII da cidade do Recife. Tem limites com os bairros de Jardim Jordão (município de Jaboatão dos Guararapes), Jordão Baixo e BR 101 sul. Segundo citação no projeto, a dependência, física ou mental, é um fator de risco importante para mortalidade, mais até do que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem toda

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.745-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-0000 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação de Projeto: 1.076.172

pessoa doente se torna dependente.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar os fatores associados à depressão em idosos do sexo masculino

Específicos:

- a) Identificar a prevalência da depressão no sexo masculino;
- b) Descrever o perfil socioeconômico-demográfico e de morbidade da população em estudo;
- c) Verificar a associação entre a depressão e os fatores socioeconômico-demográficos e de morbidade em idosos do sexo masculino

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Poderá ocorrer o risco do constrangimento em responder algumas perguntas durante consulta/entrevista, mas esse problema será minimizado pois a consulta ocorrerá em ambiente fechado, confortável, apenas na presença da médica assistente, tendo o usuário livre arbítrio para a recusa de mesma.

Como benefícios diretos pode-se citar a melhoria do acolhimento e acesso ao Serviço de Saúde, além do diagnóstico precoce da Depressão nesta parcela da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a declarar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados e estão adequados:

Folha de rosto devidamente assinada pelo Vice-coordenador de pós-graduação de Gerontologia

Curriculos dos pesquisadores envolvidos no projeto

Carta de anuência da Prefeitura do Recife

Autorização de uso de dados

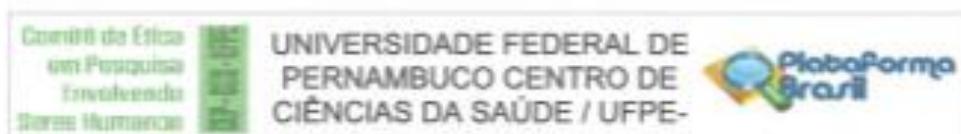
Termo de compromisso e confidencialidade

TCLE

Orçamento

Cronograma

Endereço: Av. de Engenheiro Luiz de Camargo, s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 51.740-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (51) 2125-8228 E-mail: rcpcon@ufpe.br



Contribuição do Parecer: 1.076/173

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado após a realização das modificações solicitadas anteriormente por este comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está **APROVADO** para iniciar a coleta de dados. Informamos que a **APROVAÇÃO DEFINITIVA** do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

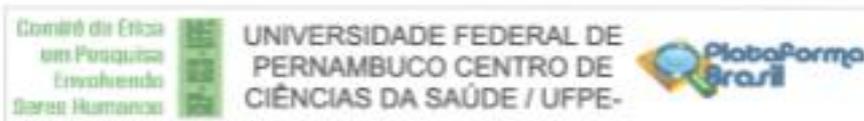
Informamos, ainda, que o (s) pesquisador (s) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de **EMENDA** ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 52.740-000
 UF: PE Município: RECIFE E-mail: cep@ufpe.br
 Telefone: (51)2126-4582



Continuação de Protocolo: 1.019.173

RECIFE, 25 de Maio de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio de CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-900
UF: PE Município: RECIFE E-mail: cepccs@ufpe.br
Telefone: (81)2126-6266

Página 14 de 14