

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de pós-graduação em enfermagem
Mestrado em enfermagem



Dissertação

Prevalência de depressão em idosos e fatores associados

Andréia Simone Ferreira Bretanha

Pelotas, 2013

ANDRÉIA SIMONE FERREIRA BRETANHA

Prevalência de depressão em idosos e fatores associados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Thumé

Co-Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Pelotas, 2013

Folha de Aprovação

Autor: Andréia Simone Ferreira Bretanha

Título: Prevalência de depressão em idosos e fatores associados.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Profª Drª: Elaine Thumé
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura:

Profª Drª: Elaine Tomasi
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura:

Profª Drª: Roxana Izabel Cardozo Gonzáles
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura:

Profª Drª: Vanda Maria da Rosa Jardim
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura:

Profª Drª: Celmira Lange
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura:

Dedicatória

*A todos interessados em tornar o processo de
envelhecimento um momento único de prazer e
realizações, onde a sabedoria e as
experiências que em algum momento no
passado nortearam nossos passos sejam no
futuro, reconhecidas e valorizadas.*

Agradecimento

Agradeço a Deus, que nos momentos mais difíceis me deu serenidade e discernimento para realizar minhas escolhas e continuar tentando.

A minha família que tem me acompanhado nesta trajetória profissional e que muitas vezes tem ficado em um segundo plano para promover minhas conquistas.

Meu marido, companheiro fiel e melhor amigo que inúmeras vezes abriu mão de seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus...

Filha, a você que sempre será minha melhor produção, a quem eu devo o desejo de estar sempre em constante evolução para merecimento de seu orgulho.

A você minha vó, que já não está do meu lado, mas que eu sinto constante presença, que inspirou minhas leituras e provocou saudades pela recente partida. A quem eu agradeço e dedico este trabalho lançando desafios na valoração e cuidado com os idosos.

Aos professores que participaram de minha banca, contribuindo com seus conhecimentos para enriquecer este trabalho, em especial minha orientadora, que com paciência e sabedoria dividiu seus conhecimentos, seu tempo e suas experiências.

E finalmente a vocês minhas melhores amigas, que mesmo sem citar seus nomes sabem que foram decisivas na conclusão deste trabalho, pois me presentearam com momentos de prazer e distração para que eu pudesse renovar meus pensamentos e continuar a jornada.

A todos, minha gratidão e meu carinho.

Resumo

BRETANHA, Andréia Simone Ferreira Bretanha. **Prevalência de depressão em idosos e fatores associados.** 2013. 110f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2013.

Estudo transversal de base populacional com objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados na população idosa do município de Bagé, RS em 2008. O estudo com amostra de 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na região urbana, avaliou os sintomas depressivos através da Escala de Depressão Geriátrica contendo 15 itens com ponto de corte 5/6 sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior. A análise foi realizada utilizando modelo de regressão de Poisson e na análise ajustada, a depressão foi estatisticamente associada ($p<0,05$) aos idosos do sexo feminino, cor da pele não branca, menor classificação econômica, estar aposentado, ter histórico de problemas cardíacos, com incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária, pior percepção de saúde e insatisfação em sua vida em geral. A alta prevalência de sintomas depressivos na população 18,0% (IC95%: 16,1; 19,9) requer investimento em ações de prevenção atentando para a necessidade de práticas que promovam o envelhecimento ativo com a manutenção da atividade funcional, a melhoria da autopercepção de saúde e de satisfação com a vida.

Palavras Chave: Atenção Básica à Saúde; Saúde do Idoso; Depressão; Envelhecimento

Abstract

BRETANHA, Andréia Simone Ferreira Bretanha. **Prevalence of depressive symptoms in elderly and associated factors**. 2013. 110f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2013.

It is a cross-sectional, population-based study and it aimed to identify the prevalence of depressive symptoms and associated factors in the elderly population of Bage, RS in 2008. The study was carried out with 1,593 individuals aging 60 years or older living in the urban area; the depressive symptoms were assessed using the Geriatric Depression Scale containing 15 items with cutoff 5/6 sensitivity of 85.4% and specificity of 73.9% for the diagnosis of major depressive episode. The analysis was performed using Poisson regression model. In the adjusted analyzes, it was found that the depression was statistically associated ($p < 0.05$) with elderly female, non-white skin color, lower socioeconomic class, being retired, with a history of cardiac problems, with inability to basic and instrumental activities of daily living, worst health perception and dissatisfaction with their overall life. The great prevalence of depressive symptoms in the population 18.0% (95% CI: 16.1, 19.9) requires investment in preventive actions noting the need for practices that promote active aging along with the maintenance of functional activity, the improvement in self-rated health and life satisfaction.

Keywords: Primary Health. Health of the Elderly. Depression. Aging

Sumário

Apresentação.....	09
I Projeto de Pesquisa.....	10
II Relatório do Trabalho de Campo.....	55
III Artigo I.....	58
Apêndice.....	76
Anexos.....	83

Apresentação

O presente volume foi elaborado como requisito do Programa de Pós Graduação do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do Título de Mestre. O projeto foi desenvolvido na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde - Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde. O mestrado, iniciado em março de 2011, foi realizado na cidade de Pelotas, RS, Brasil. Conforme regimento do programa, a presente dissertação do mestrado é composta das seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: Defendido no mês de novembro de 2011. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora.

II Relatório do Trabalho de Campo: Relata a trajetória percorrida pela mestranda na construção do estudo, da escolha do tema ao volume final, caracterizando os passos seguidos.

III Artigo I: Prevalência de depressão em idosos e fatores associados, que será submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia após revisão prévia da banca avaliadora e incorporação de sugestões.

I Projeto de Pesquisa

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



Projeto de Dissertação

Prevalência de depressão em idosos e fatores associados

Andréia Simone Ferreira Bretanha

Pelotas, 2012

ANDRÉIA SIMONE FERREIRA BRETANHA

Prevalência de depressão em idosos e fatores associados

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para exame de qualificação, nível mestrado.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Thumé

Co-Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Pelotas, 2012

Lista de Figuras

Figura 1 –	Projeção do crescimento da população com 80 anos ou mais no período de 1980 a 2050, IBGE, 2006.....	24
Figura 2 –	Modelo teórico.....	36
Figura 3 –	Representação geográfica do município de Bagé -RS, 2007	38

Lista de Quadros

Quadro 1 –	Cálculo do tamanho da amostra para associação entre depressão e variáveis independentes	39
Quadro 2 –	Variáveis independentes.....	40
Quadro 3 –	Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.....	45
Quadro 4 –	Recursos humanos e materiais no desenvolvimento do projeto de pesquisa.....	47

Lista de Siglas

ABS	Atenção Básica de Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
CID	Classificação Internacional de Doenças
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESF-	Estratégia Saúde da Família
GDS-	Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS-	Organização Pan Americana de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAD-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
SES-	Secretaria Estadual de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1 Introdução.....	18
1.1 Justificativa.....	19
2 Objetivos.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 Hipóteses	21
4 Revisão de Literatura.....	22
4.1 Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Envelhecimento.....	23
4.2 O idoso e as Políticas Públicas de Saúde.....	26
4.3 Definição e Etiologia da Depressão.....	27
4.4 Determinantes e Fatores de Risco para Depressão	30
4.4.1 Condições Psicológicas e Comportamentais.....	31
4.4.2 Condições Sociais e Econômicas.....	32
5 Marco Teórico.....	34
6 Metodologia.....	37
6.1 Delineamento da Pesquisa.....	37
6.2 População Alvo.....	37
6.3 Critérios de Inclusão	38
6.4 Critérios de Exclusão.....	38
6.5 Cálculo do Tamanho da Amostra.....	38
6.5.1 Tamanho da Amostra Para Estudo de Prevalência da Doença Depressiva em Idosos.....	38
6.5.2 Estudo de Associações.....	39
6.6 Instrumentos.....	40
6.7 Variáveis do Estudo.....	40
6.7.1 Variável Dependente.....	40

6.7.2 Variáveis Independentes.....	40
6.8 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores.....	41
6.9 Logística e Coleta de Dados.....	42
6.10 Estudo Piloto.....	43
6.11 Processamento dos Dados.....	43
6.12 Análise dos Dados.....	43
6.13 Aspectos Éticos.....	44
 7 Cronograma.....	 45
 8 Divulgação dos Resultados	 46
 9 Recursos Humanos e Materiais.....	 47
9.1 Recursos Humanos.....	47
9.2 Recursos Materiais e Plano de Despesas.....	47
 Referências.....	 49
 Apêndices.....	 76
 Anexos.....	 83

1 Introdução

As melhorias na oferta de ações e serviços de saúde à população influenciaram o processo de envelhecimento no decorrer do século XX. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referem que os idosos brasileiros com 65 anos ou mais constituíram 14 milhões de pessoas em 2010, projetam chegar a 19 milhões em 2020, e praticamente 49 milhões em 2050 (IBGE, 2010).

Envelhecer é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres onde a distribuição socioeconômica não segue um padrão equitativo. Portanto, envelhecer já não é mais privilégio apenas para as populações de países desenvolvidos (VERAS, 2009).

As questões sobre o envelhecimento ganham visibilidade no cenário social exigindo dos governos ações direcionadas para problemas prevalentes, dentre os quais estão os transtornos mentais, mais especificamente os transtornos depressivos e os demenciais (GARRIDO; MENEZES, 2002). A depressão foi considerada o mal do século XX, devido a sua elevada prevalência (KAPLAM; SADOCK, 1995). Para Alvarenga et al. (2010), a depressão é um distúrbio afetivo de natureza multifatorial, pois envolve aspectos biopsicossociais e, na maioria das vezes, é subdiagnosticada e até mesmo ignorada. Em geral, os profissionais de saúde vêem os sintomas depressivos ou como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento ou confundem-se com ansiedade e tristeza (SNOWDON, 2002; BRASIL, 2006a).

A inexistência de tratamento adequado resulta em um pior prognóstico e comprometimento físico, social e funcional, com impacto negativo sobre a qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Alguns autores referem que, apesar de sua relevância, a depressão é uma morbidade de difícil mensuração, por apresentar características clínicas distintas e sentimentos que diferem acentuadamente entre diferentes indivíduos. Além disso, no idoso, há uma diminuição da resposta emocional responsável pelo aparecimento de sintomas como perda de energia, perda de prazer na realização de atividades habituais, diminuição do sono e ruminções sobre o passado (GAZALLE; HALLAL; LIMA, 2004; ALVARENGA et al., 2010).

1.1 Justificativa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída em 1999, visa à promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação.

Dentre os diversos transtornos mentais que afetam os idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, se faz necessário conhecer a magnitude do problema e investir na observação precoce dos sinais e sintomas de um episódio depressivo. Assim, o presente estudo justifica-se pela intenção de conhecer a prevalência e os fatores associados à depressão na população idosa de Bagé, contribuindo para a organização das ações em saúde no município. Os resultados obtidos poderão auxiliar no planejamento de políticas públicas e auxiliar na organização do cuidado aos idosos e no apoio as suas famílias, além da inclusão do tema nos programas de educação permanente qualificando assim, a assistência prestada.

Esse estudo pretende responder a seguinte questão: **Qual a prevalência de depressão em idosos residentes no município de Bagé e quais os fatores associados?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados na população idosa residente na zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a prevalência de depressão nos idosos de Bagé.

Investigar associação da depressão com as características demográficas socioeconômicas, morbidades crônicas, incapacidades funcionais e autopercepção de saúde.

3 Hipóteses

Estima-se uma prevalência de depressão em torno de 20%.

A ocorrência de depressão estará associada ao sexo feminino, a idade mais avançada, com menor escolaridade, com menor renda, sem companheiro, com doença crônica, na presença de incapacidade funcional e na presença de autopercepção de saúde ruim ou regular.

Indivíduos que autorreferirem cor da pele branca terão menor prevalência da doença comparada aos demais.

4 Revisão de Literatura

As bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do *National Library of Medicine* (PUBMED) e da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e os sites oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, foram utilizados para a identificação da bibliografia. Através da leitura dos artigos na íntegra e das referências bibliográficas de cada um, novos trabalhos foram selecionados.

Foram realizadas duas buscas consecutivas, utilizando o recurso *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com limites: período de 10 anos (2001-2011), idiomas espanhol, inglês e português, estudos que enfocassem indivíduos com idade de 65 anos ou mais na PUBMED e 60 anos nas demais bases de dados, pela disponibilidade de diferentes pontos de corte. Os termos utilizados foram: **Depressão, Idosos e Fatores de Risco** e em um segundo momento o termo Depressão foi somado aos unitermos **idosos, planejamento de saúde e instrumento de detecção**. Os últimos termos foram agregados para identificar artigos relacionados a instrumentos utilizados na detecção de depressão. Na busca, selecionaram-se 1.697 artigos. Inicialmente foram excluídos aqueles que não apresentaram resumo, artigos duplicados e/ou os artigos não compatíveis com a temática proposta pelo presente projeto, como os que enfatizam a saúde dos cuidadores ou idosos institucionalizados. Após a leitura dos resumos foram descartados os artigos de metodologia qualitativa e os estudos com população inferior a 20 participantes ou aqueles com indivíduos com menos de 60 anos de idade.

Após aplicação dos critérios de exclusão, restaram 51 publicações que foram classificadas de acordo com a temática: documentos de órgãos nacionais e internacionais sobre organização de políticas e programas de atenção (n=11), envelhecimento (n=9), utilização serviços de saúde por idosos (n=5); instrumentos de detecção de depressão em idosos (n=6); estudos específicos sobre as morbimortalidade associadas ao envelhecimento (n=4); sintomatologia do transtorno depressivo e fatores de risco (n=16).

Após a leitura na íntegra, os conteúdos foram agrupados nos seguintes temas: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento, o idoso e as políticas públicas de saúde, definição e etiologia da depressão e, determinantes e fatores de risco da depressão.

4.1 Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Envelhecimento

O envelhecimento é um fenômeno mundial que atinge um grande contingente da população, associados a esse fenômeno estão os fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais que podem refletir diretamente na qualidade de vida (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Além da diminuição nas taxas de fecundidade e mortalidade, o aumento da expectativa de vida é um dos fatores responsáveis pelo envelhecimento da população (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Em relação ao gênero, o processo de envelhecimento populacional apresenta uma tendência à feminização, pois apesar do nascimento de crianças do sexo masculino ser maior que o nascimento de crianças do sexo feminino, o diferencial está relacionado à mortalidade entre os sexos. Segundo dados do IBGE, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens, com estimativas de 76 homens idosos para cada 100 mulheres idosas em 2050 (IBGE, 2008; IBGE, 2010).

Na Figura 1, observa-se a projeção do crescimento em números absolutos da população com 80 anos ou mais, no período de 1980 a 2050, no Brasil. É possível observar a tendência a feminização da população (VERAS, 2003; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

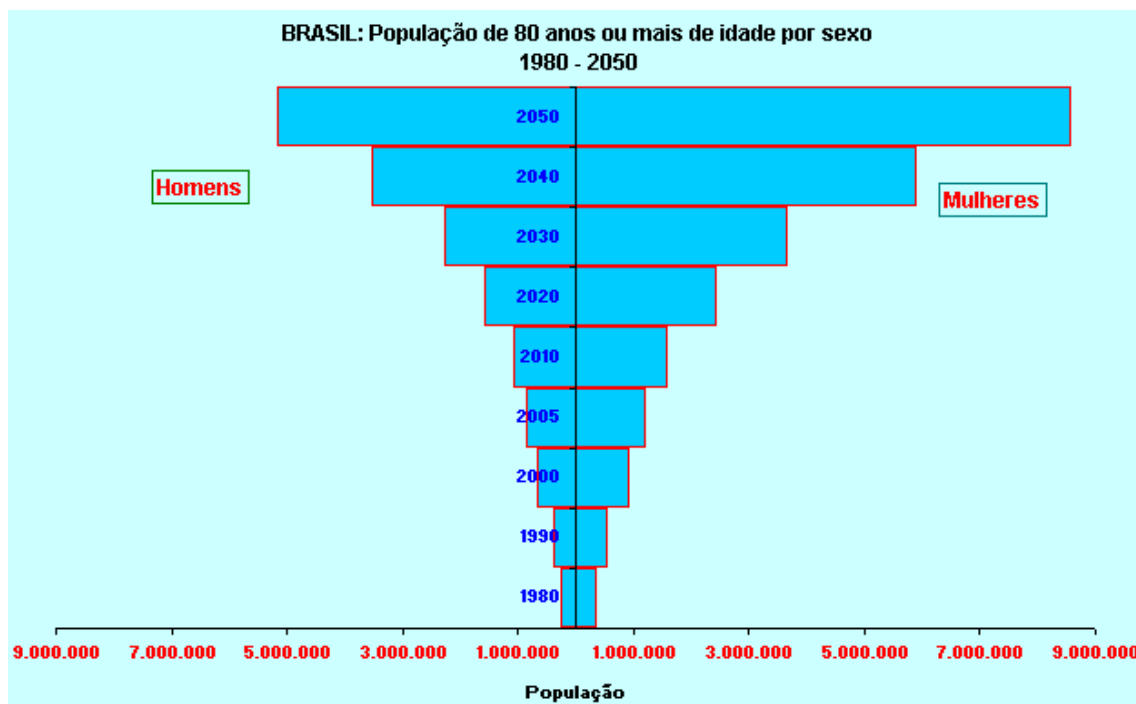


Figura 1 – Projeção do crescimento da população brasileira com 80 anos ou mais no período de 1980 a 2005.

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Política do idoso no Brasil 2006.

Camarano, Kanso e Mello (2004) reforçam os dados anteriores por meio de uma pesquisa que mostra que o envelhecimento é também uma questão de gênero, e de acordo com as questões étnicas, as mulheres idosas apresentam uma proporção mais elevada de brancas e uma proporção menor de pardas e negras, comparadas aos homens, o que pode ser explicado pelos diferenciais de mortalidade por raça.

Quanto à escolaridade, o IBGE (2008) descreve que, em 2007, a proporção de idosos sem escolaridade ou com menos de um ano de estudo era de 32,2% no conjunto do País. O Sudeste apresentava um percentual de 22,8%, no Nordeste mais da metade dos idosos (52,2%) não possuíam nenhuma instrução. A Região Sul possui o menor percentual de idosos com baixa instrução (21,5%).

No que se refere a aspectos epidemiológicos do envelhecimento, Brito e Litvoc (2004), referem que, do ponto de vista da fisiologia, há necessidade de marcadores biológicos para auxiliar na compreensão desse fenômeno, um ponto ou limite de transição nesse processo, pois não se sabe se esse já inicia na fase da concepção, ou entre a segunda e terceira década.

Todavia, o que se pode destacar é que a prevalência de doenças crônicas representa grandes implicações para os que estão envelhecendo, como por exemplo, o curso clínico das doenças crônicas, que, muitas vezes, é lento e doloroso, visto que, na maioria dos casos, o idoso procura ajuda apenas quando os sintomas já estão insuportáveis, restando apenas à internação. Esse fato explica a grande vulnerabilidade do idoso e a tendência à hospitalização por doenças crônicas e psiquiátricas (GARRIDO; MENEZES, 2002; PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

De acordo com a OMS, estima-se que até 2020 três quartos de todas as mortes observadas nos países desenvolvidos ou em emergente desenvolvimento, estarão relacionados ao processo de envelhecimento, como câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes. Embora a depressão não tenha sido citada como uma das principais causas de comorbidades na população idosa, ela merece extrema atenção por ocupar o quinto lugar como problema de saúde mais prevalente no mundo. Estima-se que a taxa de prevalência de transtornos depressivos em idosos varia entre 10,0% a 20,0% dependendo das situações culturais. No Brasil, a depressão apresenta prevalência que varia entre 4,7% a 36,8%, esses valores estão intimamente ligados ao instrumento de detecção utilizado, ao ponto de corte e a intensidade dos sintomas (OMS, 2003; BRASIL, 2006a).

Copeland et al. (2004), em uma meta-análise totalizando em 13.808 idosos com 65 anos ou mais, identificaram diferenças acentuadas na prevalência de depressão em diferentes locais no mundo. Na Islândia a prevalência foi de 8,8%, no Rio de Janeiro 10,0%, em Zaragoza 10,7%, em Dublin 11,9%, em Amsterdam 12,0%, em Berlim 16,5%, em Londres 17,3%, em Verona 18,3% e, em Munique 23,6%.

Garrido e Menezes (2002) salientam que os idosos brasileiros são portadores de, pelo menos, uma doença crônica e que um em cada três idosos pode apresentar sintomas psiquiátricos.

4.2 O Idoso e as Políticas Públicas de Saúde

O envelhecimento no Brasil requer o investimento em intervenções complexas e onerosas. Percebe-se a necessidade de atenção diferenciada ao idoso com cuidado adequado e promoção de saúde (VERAS, 2003).

Preocupada em inserir o conceito de envelhecimento saudável em suas estratégias fundamentais na promoção da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu, no final da década de 90, medidas para melhorar as condições de vida dos idosos, com ações na promoção de modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, com o incentivo à prática de atividades físicas, prevenção de situações de violência familiar e urbana, a facilitação do acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco e limitação no consumo de álcool (OMS, 2005).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) publicada em 1999 tem como propósito a promoção do envelhecimento normal e saudável, com a prevenção, recuperação e reabilitação da capacidade funcional do idoso, muitas vezes prejudicada por sequelas de doenças crônicas ou complicações relacionadas ao diagnóstico tardio de quadros demenciais (BRASIL, 2011). Em 2006, a PNSPI foi revista, tendo como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente os considerados frágeis e/ou vulneráveis, estabelecendo importante papel para a equipe de saúde da família (Portaria GM/MS n. 2.528/2006). Nesse mesmo ano, foi publicado o Pacto pela Saúde do SUS e a saúde do idoso é elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS (Portaria GM/MS 399/2006).

São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2009) e do Pacto da Saúde:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Manutenção e recuperação da capacidade funcional;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Implantação de serviços de atenção domiciliar;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;

- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.

Estruturar as políticas públicas implica em uma mudança de paradigma no que se refere à saúde do idoso, transformando o enfoque baseado nas necessidades pontuais em uma abordagem resoluto e preventiva que reconhece o direito dos idosos à igualdade ao tratamento em todos os aspectos do processo de envelhecimento. Todavia, o que se busca na velhice é a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios, ou seja, autonomia para viver seu cotidiano com o mínimo de limitações funcionais possíveis e integridade mental suficiente para gerir sua própria vida, determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (RAMOS, 2003; OTTENBACHER et al., 2005).

4.3 Definição e Etiologia da Depressão Geriátrica

A depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica, mas com grande potencial de tratamento (BRASIL, 2006a).

Scazufca (2004) refere que a depressão no idoso não possui uma etiologia definida. Fatores genéticos, ambientais e psicossociais estão envolvidos, trata-se de uma doença mental que causa mudança nas atividades cotidianas, muitas vezes associadas à comorbidades e problemas crônicos do envelhecimento.

Pela inexistência de consenso para tal definição, atualmente a literatura sugere as classificações técnicas utilizadas pelos serviços de saúde para diagnóstico da doença. A mais reconhecida e utilizada é a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e está incluída no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-IV) (CID-10, 1993; DSM-IV, 1999).

Um dos problemas clínicos mais complexos enfrentados pelos profissionais de saúde que tratam idosos é distinguir entre depressão e demência, pois não se deve esquecer que a depressão pode coexistir com a demência em sua fase inicial (DSM-IV, 1999; GARRIDO; MENEZES, 2002; BRASIL, 2006a).

A fragilidade dos serviços de saúde frente ao diagnóstico da depressão em idosos é abordada no artigo de Gazalle, Hallal e Lima (2004), um estudo transversal de base populacional que indica o despreparo dos profissionais da área de saúde na detecção dos sintomas originários da depressão, onde 76,6% dos idosos afirmaram que, na última consulta o médico não perguntou se eles sentiam-se tristes ou deprimidos. A investigação de depressão foi significativamente maior em indivíduos do sexo feminino e que apresentaram maior média de sintomas depressivos. Entre as mulheres, a prevalência de investigação na última consulta médica foi de 28,7%, enquanto entre os homens, o percentual foi de 14,8% (RP=1,93; $p<0,001$).

A depressão é uma condição clínica que acomete frequentemente a terceira idade, assim é fundamental que os profissionais de saúde se familiarizem com a sintomatologia depressiva e sejam capazes de utilizar métodos diagnósticos para avaliar e tratar o quadro depressivo. Dessa forma, devido à complexidade dos sinais e sintomas diagnósticos, se faz necessário o auxílio de instrumentos específicos para a detecção da doença, como as escalas psicométricas, criadas com a intenção de rastrear e identificar pacientes deprimidos de uma forma primária e padronizada (SNOWDON, 2002; SOUSA et al., 2010).

Dentre essas escalas, a mais utilizada, traduzida e validada internacionalmente é a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, *Geriatric Depression Scale* – GDS (YESAVAGE et al., 1983). Foi desenvolvida especificamente para os idosos, avalia o nível de humor do idoso através das respostas obtidas, é de fácil aplicação e compreensão e sua versão reduzida de 15 itens pode ser utilizada por qualquer profissional da Atenção Básica.

Outro instrumento utilizado é o Inventário de Depressão de BECK, disponível na versão em português, foi desenvolvido para auxiliar o diagnóstico de depressão. É uma escala de intensidade, portanto, não deverá ser utilizada isoladamente como método diagnóstico, mas sim como complemento a outras escalas psicométricas (TRENTINI et al., 2005).

Além da dificuldade na detecção da doença depressiva, os profissionais de saúde enfrentam, também, problemas na diferenciação entre distímia e síndrome depressiva. A depressão causa mudanças de humor e de comportamento que refletem nas atividades cotidianas e laborais, caracterizam-se, principalmente, pelo sofrimento causado pelo humor deprimido, energia reduzida e perda de interesse e prazer, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Também

são encontrados outros sintomas comuns em pessoas que apresentam esse quadro, como: concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas de futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicidas, sono perturbado e apetite diminuído (DSM-IV, 1999).

Em relação ao tempo de duração, a depressão é uma doença que poderá persistir por um período mínimo de duas semanas, quando o indivíduo está "para baixo", isto é, apresenta tristeza, melancolia, relata sensações de "aperto no coração", relata angústia, aparenta inquietação, mostra-se ansioso, sente-se desanimado e com falta de energia para realizar tarefas. Nessa situação, o indivíduo permanece apático, sem motivação e achando que "tudo é sem graça", mostrando-se pessimista e preocupado. Quando se apresenta nesse estado, todo o organismo está comprometido, afetando inclusive o sono, o apetite e a disposição física.

As manifestações do quadro clínico de depressão variam de indivíduo para indivíduo, podendo ser intermitente ou contínua, tendo duração de horas ou de um dia inteiro, ou persistindo por semanas, meses ou anos (OMS, 1993; CID-10,1993).

Existe uma classificação que difere em grau e intensidade:

- **Episódio Depressivo:** é caracterizado por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, por um período mínimo de duas semanas.

- **Transtorno Depressivo Menor:** caracterizado por episódios com duração de pelo menos duas semanas, apresentando no mínimo cinco de um total de sete itens exigidos para transtorno depressivo maior, descrito a seguir.

- **Transtorno Depressivo Maior:** trata-se de um curso clínico caracterizado por um ou mais episódios depressivos, sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos acompanhados, pelo menos, por cinco sintomas adicionais como sentimentos de inutilidade, ideação suicida, fadiga, distúrbios do apetite, interrupção do sono retardado ou agitação, falta de concentração ou indecisão.

- **Distímia:** ou transtorno distímico, é um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias por pelo menos dois anos.

A depressão clinicamente estabelecida é mais facilmente detectada na população jovem. Na velhice, sua detecção é difícil, principalmente se associada a outras patologias comuns na terceira idade (SNOWDON, 2002).

No idoso, a depressão acontece frequentemente com as seguintes características: irritabilidade, dificuldades de concentração e isolamento social,

seguidas ou não por condições do envelhecimento: diminuição do sono, de apetite e de energia (SCAZUFCA, 2004).

4.4 Determinantes e Fatores de Risco da Depressão Geriátrica

A depressão geriátrica está ligada de forma intrínseca a fatores como: idade, sexo, situação conjugal escolaridade e renda. Além dos fatores demográficos e epidemiológicos citados anteriormente, a revisão de literatura evidenciou outros fatores de risco que estão intimamente associados à depressão geriátrica, como as incapacidades para as Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As AVDs estão relacionadas ao autocuidado e incluem a capacidade para alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as necessidades fisiológicas (KATZ et al.,1963). As AIVDs estão relacionadas à participação em seu entorno social, de modo independente, incluindo a utilização de meios de transporte, a manipulação de medicamentos, a realização de compras e de tarefas domésticas leves e pesadas, a utilização de telefone, a preparação de refeições e o cuidado das próprias finanças (LAWTON, BRODY 1969). A recomendação do uso dessas escalas é reforçada no Caderno de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006a).

A hipertensão, a diabetes e as doenças do aparelho circulatório foram associadas à depressão e citadas em muitos estudos, como também, o histórico pessoal e familiar de depressão, solidão e falta de suporte social (GAZALLE et al., 2004; MAKILIM, 2006; PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009). Além disso, o uso e abuso de álcool, uso de determinados fármacos e histórico psiquiátrico, com ou sem presença de comorbidades psiquiátricas também são eventos considerados estressores no desenvolvimento da depressão (DSM-IV, 1999).

Maciel e Guerra (2006), em um estudo transversal de base populacional com 310 idosos, encontraram uma prevalência de sintomas depressivos de 25,5% evidenciando significativas associações com as condições de saúde física e capacidade funcional, dependências para AIVD ($p=0,001$) e número de internações ($p=0,025$).

Doenças físicas também podem precipitar quadros depressivos e contribuir para a cronicidade dessa moléstia, atuando tanto como evento ameaçador ou estresse psicossocial (ROMBALDI et al., 2010).

As consequências e limitações resultantes do processo de envelhecimento podem ser minimizadas se o indivíduo for preparado para o reconhecimento e enfrentamento das moléstias. Nessa classificação, estão incluídas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - diabetes, câncer, doenças cardiovasculares - as doenças transmissíveis persistentes - HIV/AIDS - os distúrbios mentais de longo prazo - depressão e demência - e as deficiências físicas - amputações, cegueira e transtornos das articulações (OMS, 2003).

Em geral, os males da terceira idade perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e tratamento contínuo. Esse fato reflete em ônus, despesas com medicamentos e internações, ao mesmo tempo em que desafia as autoridades sanitárias a implantar novos modelos de assistência aos idosos (VERAS, 2003).

Em estudo transversal realizado com 2.889 indivíduos com 65 anos ou mais com condições crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença mental identificaram um grande contingente de consultas clínicas realizadas pela população idosa nos últimos seis meses (45,0% na região Sul e 46,0% na região Nordeste) (Rodrigues et al., 2009).

4.4.1 Condições Psicológicas ou Comportamentais

Alguns hábitos inconsequentes podem estar relacionados com os sintomas depressivos na população idosa, como o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas, pois os efeitos colaterais resultantes do uso continuado podem mascarar os sintomas depressivos, agravando a depressão e provocando interação com outras substâncias, que podem acentuar a depressão ou gerar outros efeitos nocivos (BRASIL, 2006).

O uso abusivo de outras substâncias psicoativas e psicotrópicas também foi associado com eventos depressivos (KALES et al., 2010).

Guimarães (1999) refere que pode ser de relevância na compreensão da influência de variáveis neurobiológicas na depressão de idosos, o uso de alguns

medicamentos que podem facilitar o aparecimento de sintomas de depressão, como por exemplo, os benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides, alguns de uso no tratamento e controle da hipertensão.

O Ministério da Saúde refere que tal enfermidade pode ser marcada por episódios de ideação suicida, seja por meios latentes ou passivos como: abandono de tratamento e recusa alimentar e que na maioria das vezes o primeiro episódio depressivo não é percebido pelo sistema de saúde, portanto não recebe a atenção necessária (BRASIL, 2006a).

4.4.2 Condições Sociais e Econômicas

De acordo com Neri (1993), o desengajamento social do idoso reflete consequentemente em abandono, afastamento social e dependência.

O Ministério da Saúde destaca alguns fatores de risco para evolução da síndrome depressiva, como a ausência de relações de confiança, abandono, isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação, conflitos com a família ou com outras pessoas da comunidade e dificuldades econômicas (BRASIL, 2006a).

A quantidade e qualidade do apoio que a pessoa idosa recebe de suas relações pessoais podem dar um maior suporte e diminuir os riscos de desenvolver sentimentos de perda, tristeza e inaptidão (NERI, 1993).

Em estudo recente, Rombaldi et al. (2010), descreveram resultados sobre a prevalência dos sintomas depressivos em 972 indivíduos entre 20 e 69 anos residentes na cidade de Pelotas RS, identificando que 29,4% dos indivíduos apresentavam tristeza, 57,6% ansiedade, 37,4% falta de energia, 40,4% falta de disposição, 33,8% pensavam no passado e 54,3% ficavam em casa. Avaliando apenas aqueles indivíduos com 60 anos e mais (n=103) observou-se um aumento nas prevalências de sintomas depressivos (tristeza - 29,0%, ansiedade - 44,0%, falta de energia - 30,0%, falta de disposição - 34,0%, pensar no passado - 49,5%, ficar em casa - 56,0%).

O IBGE (2008) apontou mudanças quanto às condições socioeconômicas da população idosa, onde a proporção de idosos aposentados passou de 4,6% para

8,4% entre 1997 a 2007. Em relação ao envelhecimento, pode se dizer que uma parcela expressiva de indivíduos, embora beneficiados por aposentadoria ou viuvez, ainda em vigor físico e mental, mantém-se no mercado de trabalho.

Dentre idosos com 65 anos ou mais, 74,7% estavam aposentados, mas 22,5% destes, ainda se mantinham no mercado de trabalho. A participação do idoso no mercado de trabalho entre 60 e 65 anos foi de 57,1% entre os homens e 19,2% entre as mulheres enquanto a participação de indivíduos de 75 a 79 anos foi de 19,0% entre os homens e 4,0% entre as mulheres (CAMARANO, KANSO, MELLO, 2004).

De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004) o trabalho desempenha um papel importante para o idoso na renda familiar, especialmente para as mulheres, fato que significa além de uma renda mais elevada, maior integração social, autonomia física e mental. Sabe-se que o idoso contribui na renda familiar e que esta contribuição muda conforme o papel ocupado nesse núcleo, dessa forma entende-se que o grau de dependência do idoso com sua família, se dá, muitas vezes, pela provisão da renda dispensada à família.

No estudo de Gazalle et al. (2004), foram entrevistados 583 sujeitos, a média dos sintomas depressivos por participante foi de 3,4 ($dp=2,1$). Na análise ajustada, os seguintes grupos apresentaram maiores prevalências de sintomas depressivos ($p<0,05$): mulheres, indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, tabagistas atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano e sem trabalho remunerado.

Esse achado corrobora com o estudo populacional em idosos de São Paulo (Epidoso) que reforça a relação entre depressão e renda. Idosos com renda per capita maior que 100 dólares mensais possuem melhor saúde física e mental, enquanto que idosos com depressão, DCNT e dependências do dia-dia mostram-se fortemente associadas à baixa renda (RAMOS, 2003).

5 Marco Teórico

O marco teórico tem o objetivo de descrever e explicar a complexa relação entre os fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e as morbidades que podem influenciar a ocorrência de sintomas depressivos entre a população idosa. Essa construção foi baseada na revisão da literatura sobre envelhecimento e depressão, mas foi o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), cujo tema é o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, que norteou a idéia central.

De acordo com as características demográficas, os fatores de risco que influenciam diretamente no aparecimento dos sintomas depressivos são sexo e idade, citados frequentemente pelos autores, como sendo responsáveis pelo desfecho estudado. (GAZZALE et al., 2004; PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009; ALVARENGA et al., 2010; ROMBALDI et al., 2010).

A baixa escolaridade encontrada nos estudos transversais da população idosa pode explicar também a baixa renda a qual o idoso é submetido, principalmente nos momentos que antecedem a aposentadoria. Há uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os idosos sem trabalho remunerado em decorrência da desvalorização sofrida pelo idoso na sociedade. Nessa associação, Gazzale et al. (2004) consideram a possibilidade de viés de causalidade reversa, onde tanto a ausência de trabalho como a falta dele podem desencadear um episódio depressivo.

Existem evidências que a situação conjugal e a qualidade do suporte social recebido são fatores associados à depressão. Estudos realizados por Sousa et al.

(2010) e Rombaldi et al. (2010), identificaram uma prevalência de depressão superior nos idosos solteiros e viúvos.

Ramos (2003) identificou que a falta de suporte e o desengajamento social bem como o histórico pessoal e familiar de depressão e perda de um ente querido, são eventos cotidianos que podem juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. Acredita-se que se o indivíduo tiver sua autonomia abalada por limitações funcionais poderá resultar na evolução de sintomas depressivos

Pinho, Custódio e Makdisse (2009) sugerem que o pouco ou nenhum contato com familiares, amigos e vizinhos reforçam a probabilidade de aparecimento de eventos depressivos. No entanto, os autores não descrevem quantitativamente a representatividade do histórico depressivo prévio familiar como fator de risco na evolução da doença depressiva.

Problemas crônicos de saúde, incapacidades funcionais e instrumentais para atividades da vida diária (AVD e AIVD), além das condições de “fragilidade”, contribuem para reforçar a distímia e ou um episódio depressivo (KAMENSKI et al., 2006; ALVARENGA et al., 2010). Esse fato foi representado na maioria dos estudos revisados, demonstrando forte indicador no transtorno depressivo.

Outros fatores de risco são citados em estudos transversais, tais como, a inatividade física, o consumo de álcool e tabaco e drogas utilizadas no tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

A Figura 2 sintetiza a complexa relação entre os diferentes fatores de risco e o desfecho em estudo.

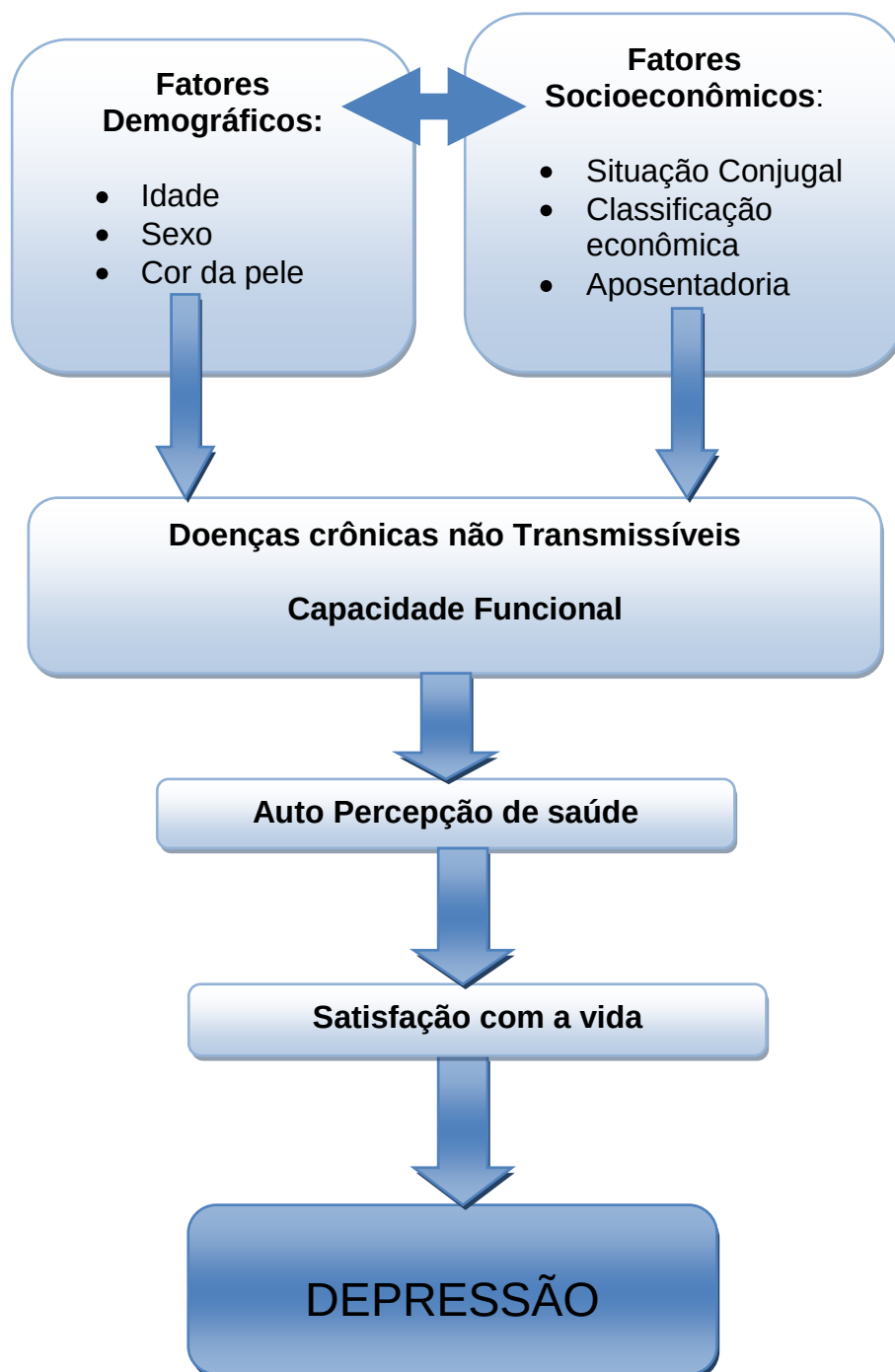


Figura 2 – Modelo Teórico.

6 Metodologia

6.1 Delineamento

Esse estudo utilizará dados do Projeto “Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS” (COCEPE: 406.00.036) cuja coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2008, com amostra composta por 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana de Bagé, RS (ANEXO 3)

O delineamento transversal foi utilizado tendo como grupos de comparação idosos residentes nas áreas atendidas por equipes de saúde da família e nas áreas sob responsabilidade das unidades básicas tradicionais.

A escolha do delineamento foi devido à possibilidade de diagnosticar de forma rápida e custo factível, a prevalência de desfechos de interesse à saúde, em amostra representativa dos idosos moradores na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde.

6.2 População Alvo

A população-alvo foram os indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana de Bagé, RS.

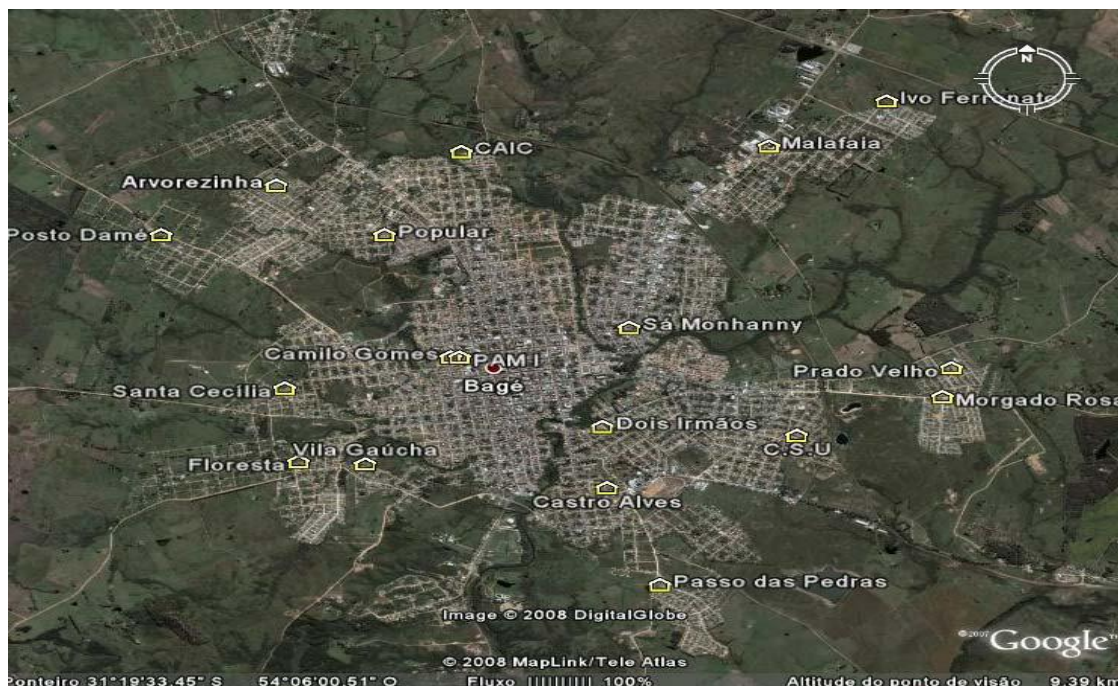


Figura 3 – Mapa da área urbana de Bagé e distribuição das Unidades Básicas de Saúde. Bagé, 2007.

Fonte: <http://maps.google.com.br/>

6.3 Critérios de Inclusão do Estudo Original

Foram incluídos na pesquisa, os idosos com 60 anos ou mais de idade, moradores em domicílios particulares, na zona urbana do município de Bagé na data de coleta dos dados do estudo original.

6.4 Critérios de Exclusão do Estudo Original

Foram excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista, estavam viajando, privados de liberdade por decisão judicial ou residindo em Instituições de Longa Permanência.

6.5 Cálculo do Tamanho da Amostra

6.5.1 Estudo de Prevalência da Depressão em Idosos

Para o cálculo de prevalência, utilizaram-se os seguintes parâmetros e estimativas: tamanho da população de 14.792 indivíduos idosos em Bagé (DATASUS, 2006), nível de confiança de 95,0%, prevalência estimada do desfecho de 20,0%, e erro aceitável de três pontos percentuais. Com estes parâmetros a base de cálculo inicial foi de 653 idosos.

6.5.2 Estudo de Associações

Para o cálculo de associações foi utilizado um nível de confiança de 95,0%, poder de 80,0% e diferentes valores para as proporções entre expostos e não expostos e prevalência do desfecho.

Quadro 1. Cálculo do tamanho de amostra para estudo de associações entre depressão em idosos e diferentes exposições.

Exposição	% de Não Expostos (NE)	% de Expostos (E)	Prevalência do Desfecho em NE	Prevalência do Desfecho em E	Razão de Prevalência	N Parcial	N Total 10% perdas e recusas 15% fator de confusão
Sexo Feminino	41	59	15,4	23,1	1,5	918	1162
Casado, com companheiro	50	50	16,0	24,0	1,5	832	1053
Atividades Básicas da Vida Diária	90	10	17,4	43,5	2,5	270	342
Autopercepção saúde ruim	60	40	11,0	33,0	3,0	127	161

6.6 Instrumentos utilizados no Estudo Original

Os dados foram coletados através de instrumento estruturado com questões pré-codificadas. O instrumento foi planejado para obter informações sobre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, antropométricas, autopercepção de saúde e caracterização da rede social e incluiu as escalas de Katz e de Lawton para avaliar a capacidade funcional (incluídos ao questionário, ANEXO1).

6.7 Variáveis do Estudo

6.7.1 Variável Dependente

A depressão será investigada por meio da escala de depressão geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS – versão abreviada- ANEXO 1) que contém 15 itens e foi validada no Brasil por Almeida & Almeida (1999). O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo de acordo com a CID-10 (Almeida & Almeida, 1999).

6.7.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes selecionadas para o estudo estão disponibilizadas no quadro a seguir:

Quadro 2. Variáveis independentes.

Variáveis Independentes	Características	Tipo
Demográficas		
Sexo	Masculino/ Feminino	Categórica nominal
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Cor da pele (auto-referida)	Branca, preta, parda,	Categórica nominal

	amarela ou indígena	
Socioeconômicas		
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Renda familiar	Rendimento bruto da família em salários mínimos no último mês	Numérica contínua
Classe econômica (ABEP)	Nível A, B, C, D e E	Categórica ordinal
Estado civil	Casado, solteiro, viúvo, união estável, divorciado, outra	Categórica nominal
Aposentadoria	Sim/Não	Categórica nominal
Morbidades		
Diagnóstico de Hipertensão	Sim/não	Categórica nominal
Diagnóstico de Diabetes	Sim/não	Categórica nominal
Diagnóstico de Problemas Cardíacos	Sim/não	Categórica nominal
Incapacidades		
Atividades Básicas da Vida Diária	Presença ou Ausência de incapacidade*	Categórica nominal
Atividades Instrumentais da Vida Diária	Presença ou Ausência de incapacidade*	Categórica nominal
Percepção de Saúde		
Autopercepção de saúde	Ótima, boa/ regular, ruim e péssimo	Categórica nominal
Satisfação com a vida		
Satisfação com a vida	Satisfeito/Insatisfeito	Categórica nominal

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

6.8 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores do Estudo Original

Os candidatos foram entrevistados, selecionados e submetidos a uma capacitação com duração de 40 horas, que consistiu em: apresentação geral do projeto de pesquisa; treinamento de técnicas de entrevista; leitura explicativa do questionário e do manual de instruções e dramatizações.

6.9 Logística e Coleta de Dados do Estudo original

A execução do projeto também contou com o apoio das Secretarias Municipais de Saúde, da URCAMP e da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde. Foi realizado contato com o Secretário Municipal de Saúde para obter informações e articular parcerias interinstitucionais na organização e nas capacitações preparatórias ao trabalho de campo, otimizando, dessa forma, os recursos locais.

A divulgação do estudo foi realizada na imprensa, em programas de rádio e jornal de circulação local, como forma de auxiliar no recebimento dos entrevistadores nos domicílios.

Na localização da amostra, foi delimitada a área de abrangência de cada uma das Unidades Básicas de Saúde seguida da divisão em micro-áreas, com a numeração de cada quadra. Os pontos de início da coleta de dados na quadra foram selecionados aleatoriamente e cada domicílio à esquerda foi selecionado, considerando um “pulo” de seis domicílios. Todos os idosos com 60 anos ou mais residentes no domicílio foram convidados a participar do estudo (THUMÉ et al., 2010). Ao identificar o domicílio elegível, os entrevistadores leram a Carta de Apresentação (Apêndice 5) e convidaram para participação no estudo. Foram consideradas perdas e recusas, as entrevistas não realizadas após três tentativas, em dias e horários diferentes. O questionário era respondido pelo próprio idoso e, em caso de incapacidade, aplicado ao cuidador responsável que estiver acompanhando o idoso no momento da entrevista não abrangendo as escalas.

6.10 Estudo Piloto Original

No período anterior a coleta de dados, o estudo piloto foi realizado com os instrumentos na cidade de Pelotas e serviu como teste final do questionário, bem como para avaliar o manual de instruções e a organização do trabalho de campo.

Nessa simulação, os candidatos a supervisores, além de estarem sendo capacitados, testaram a aplicabilidade dos instrumentos em situação real, sendo que durante todo o trabalho eram acompanhados por um coordenador do estudo.

6.11 Processamento de Dados do Estudo Original

Os questionários foram revisados com o apoio de auxiliar de pesquisa. As questões abertas foram codificadas de forma padronizada. O banco de dados foi construído no programa EPI-INFO 6.0 para a digitação dos dados, com checagem automática de amplitude e consistência. Foram realizadas duas digitações a fim de que os possíveis erros fossem prontamente identificados.

6.12 Análise dos Dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 12.

Para análise do desfecho, as questões 192, 196, 198, 202 e 204 foram recodificadas atribuindo valores “1” para respostas negativas e “0” para respostas positivas. A análise descritiva incluirá cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95,0% para as variáveis categóricas e a média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas.

A análise bruta será conduzida com a intenção de calcular a prevalência de depressão em idosos em cada grupo das variáveis independentes. A significância das associações será avaliada com os testes estatísticos de Fisher, ou do qui-quadrado de Pearson para heterogeneidade ou tendência linear.

Será utilizada a regressão de Poisson com estimativas robustas de variância, com cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (BARROS, HIRAKATA 2003). A análise multivariável controlará possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores. Todas variáveis com $p \leq 0,20$ serão mantidas no modelo para

eventual controle de fatores de confusão, o Teste de Wald de heterogeneidade e/ou de tendências linear será utilizado e considerado estatisticamente significativos valores $p < 0,05$.

6.13 Aspectos Éticos

O presente projeto é recorte de um estudo já realizados sob a aprovação Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, sob ofício nº 015/08 (ANEXO 4). Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado dos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do anonimato sobre os dados coletados.

7 Cronograma

Quadro 3 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa. Pelotas 2012.

Ano/Semestre	2011	2011	2012	2012	2013
Etapas	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestr e
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	
Elaboração do projeto		X	X		
Apresentação pré-projeto		X			
Qualificação do projeto				X	
Análise dos dados				X	
Redação de manuscritos				X	
Organização do volume da dissertação				X	X
Defesa da dissertação					X

8 Divulgação dos Resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem;
- Artigos para publicação em periódicos científicos;
- Resumo Executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa, gestores e trabalhadores de saúde;
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

9 Recursos Humanos e Materiais

9.1 Recursos Humanos

- Revisor de português
- Tradutor de inglês
- Tradutor de espanhol

9.2 Recursos Materiais e Plano de Despesas

Quadro 4 – Recursos humanos e materiais no desenvolvimento do projeto de pesquisa. Pelotas, 2012.

Material	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)
Lápis*	3	1,00	3,00
Caneta*	5	1,50	7,50
Borracha*	2	0,90	1,80
Apontador*	1	1,50	1,50
Papel ofício*	1000	13,90	27,80
Impressão*	1000	0,10	100,00
Tinta para impressão* colorida (cartucho)	2	30,00	60,00
Tinta para impressão preta (cartucho)*	2	25,00	50,00

Revisão de português*	2	100,00	200,00
Revisão de Inglês*	2	100,00	200,00
Revisão de Espanhol*	2	100,00	200,00
Pendrive 4Gb*	1	50,00	50,00
Total			901,60

*Obs.: Os recursos humanos e materiais utilizados para a realização desta pesquisa serão custeados pela autora.

Referências

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arqui Neuropsiqui** 1999; 421-6.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O.; CERCHIARI, E. A. N.; AMENDOLA, F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem** 2010;.217-224.

BARROS, A.J.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol** 2003;3(1):21.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.Lei 10.741**, 1º de outubro de 2003. Brasília, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006: aprova a **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006c.

_____,Ministério da Saúde. **Portaria 254 de 24 de julho de 2009** Diretrizes de Saúde da pessoa Idosa. Brasília, 2009.

_____,Ministério da Saúde. **Portaria 2488**, de 21 de outubro de 2011, Brasília, 2011.

BRITO, F. C.; LITVOC, J. **Envelhecimento: Prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

CARVALHO, J. A.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública** 2003;725-33.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004; 25-73.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COHEN, A.; CHAPMAN, B. P.; GILMAN, S. E.; DELMERICO, A. M.; WIECZOREK, W.; DUBERSTEIN, P. R.; LYNESS, J. M. Social inequalities in the occurrence of suicidal ideation among older primary care patients. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 2010; 1146–54.

COPELAND, J.R.M.; BEEKMAN, A.T.F.; BRAAM, A.W.; MICHAEL, E.; DEWE, Y.; DELESPAUL, P.; FUHRER, R.; HOOIJER, C.; LAWLOR, B.A.; KIVELA, S.L.; LOBO, A.; MAGNUSSON, H.; MANN, A.H.; MELLER, I.; PRINCE, M.J.; REISCHIES, F.; ROELANDS, M.; SKOOG, I.; TURRINA, C.; DEVRIES, M.W.; WILSON, K.C.M. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies **World Psychiatry**. 2004; 45–9.

DATASUS. Cadernos dos municípios. Brasília, 2006. Disponível em: <
<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>> Acesso em: 31 ago. 2012

DEAN JA, COULOMBIER D, SMITH DC, BRENDEN KA, ARNER TG, DEAN AG. Epi Info-computer programs for epidemiology, version 6.0. Atlanta, Georgia: CDC; 1995.

DSM-IV. Manual **Diagnóstico e Estatístico de Tratamento de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2002; 3-6.

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

GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: Os médicos estão investigando? **Revista de Saúde Pública** 2004; 145-49.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Política do idoso no Brasil. 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 31 ago. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais** - análise das condições de vida da população Brasileira: Estudos e pesquisas, Informações demográfica e socioeconômica. Livro 23, Rio de Janeiro, 2008.

ICD-10 and DSM-IV. **International journal of geriatric psychiatry** 1999; 858-65.

KALES, H. C; KIM, H. M.; AUSTIN, K. L.; VALESTEIN, M. Who Receives Outpatient Monitoring During High-Risk Depression Treatment Periods? **Journal of the American Geriatrics** 2010; 908–13.

KAMENSKI, G.; FINK, W.; MAIER, M.; PICHLER, I.; ZEHETMAYER, S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. **BMC Family Practice** 2006; 55.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria**. 8.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. **Studies of illness in the aged**. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*. 1963; 914-9.

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

MACIEL, A. C. C; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 2006; 26-33.

MAKILIM, N. B. Correlação entre sintomatologia depressiva e a prática de atividades sociais em idosos. **Avaliação Psicológica** 2006; 77-85.

NERI, A. L. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas, 1993.

OMS, Ministério da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: WHO; 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductive-health>>. Acesso em: 31 ago. 2012.

OMS, Ministério da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60.

PINHO, X. M.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2009;123-4.

PORTAL DO ENVELHECIMENTO: Políticas Públicas de saúde da pessoa idosa no SUS. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/texto_politicas.pdf> Acesso em: 31 ago. 2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 793-98.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; PANIZ, V. M. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. **Revista de Saúde Pública** 2009; 604-12.

ROMBALDI, A. J.; SILVA, C. M.; GAZALLE, K. F.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P.C. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2010; 620-29.

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

SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age? **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2002; 42-7.

SOUSA, M.; NUNES, A.; GUIMARÃES, A. I.; CABRITA, J. M.; CAVADAS, L. F., ALVES, N. F. Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Clínica Geral** 2010; 384-91.

SPEAR, J. Por quanto tempo os idosos devem tomar antidepressivos para evitar recaídas? **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2002; 70-73.

TRENTINI, C.A.; XAVIER, F. M. F.; CHACHAMOVICH, E.; ROCHA, N. S.; HIRAKATA, V. N.; FLECK, M. P. A. A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2005; 119-23.

THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. ; TOMASI, E. ; VIEIRA, L. A. S. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública** (USP. Impresso) 2010; 1102-11.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 705-15.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública** 2009; 548-54.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research** 1983; 37-42.

II Relatório do trabalho de campo

Relatório do trabalho de campo

Os dados utilizados no estudo são provenientes do banco de dados do Projeto “Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS” (COCEPE: 406.00.036) sob coordenação da Doutora Elaine Thumé da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

O mestrado teve início no mês de março do ano de 2011 e o projeto de pesquisa que orientou este estudo foi aprovado no exame de qualificação no dia 04 de outubro de 2012.

A amostra do estudo foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, moradores nas áreas de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana de Bagé, RS.

Os dados do estudo original foram coletados em 2008 através de instrumento estruturado com questões pré-codificadas que foram planejados para obter informações sobre características demográficas, socioeconômicas autopercepção de saúde, sintomas depressivos e incluiu as escalas de Katz e de Lawton & Brody (KATZ,1963; LAWTON,1969) para avaliar a capacidade funcional e o exame minimal para avaliar capacidade cognitiva.

A depressão foi investigada através da escala de depressão geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS que contém 15 itens e validada no Brasil por Almeida & Almeida (1999) O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para rastreamento de episódio depressivo maior de acordo com o CID-10 (Almeida & Almeida 1999).

Do estudo original foram utilizadas as variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo, idade (60 a 74 anos; 75 anos ou mais), situação conjugal (casado ou com companheiro; viúvo; solteiro ou divorciado), alfabetizado (sim; não), aposentado (sim;não). Entre os indicadores de morbidade, foram usadas as variáveis: diagnóstico médico de hipertensão (sim; não); diabetes (sim; não) e problemas cardíacos (sim; não).

Para estabelecer incapacidade funcional foram utilizadas as Escalas de Katz e de Lawton & Brody. Os idosos que relataram precisar de ajuda para no mínimo uma das atividades funcionais foram considerados com incapacidade. A autopercepção de saúde foi analisada em três categorias (péssima/ ruim, regular e ótima/boa).

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 12. A análise descritiva incluiu cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95,0% para as variáveis categóricas e a média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas. A análise bruta foi conduzida com a intenção de calcular a prevalência de depressão em idosos em cada grupo das variáveis independentes. A significância das associações foi avaliada com os testes estatísticos de Fisher, ou do qui quadrado de Pearson para heterogeneidade ou tendência linear. A regressão de Poisson com estimativas robustas de variância foi utilizada, com cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (BARROS, HIRAKATA 2003). A análise multivariada controlou possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores. Todas variáveis com $p \leq 0,20$ foram mantidas no modelo para eventual controle de fatores de confusão. O teste de Wald de heterogeneidade e/ou de tendências linear foi utilizado e considerado estatisticamente significativos valores $p \leq 0,05$. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, sob ofício nº 015/08. Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado dos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do anonimato sobre os dados coletados.

III Artigo I

Prevalência de sintomas depressivos em idosos e fatores associados

Resumo

OBJETIVO: Identificar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados na população idosa do município de Bagé

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional, com amostra de 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS, em 2008. Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares. A prevalência de sintomas depressivos foi avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica. A análise foi realizada utilizando modelo de regressão de Poisson com estimativa robusta de variância.

RESULTADOS: A prevalência de sintomas depressivos foi de 18,0% (IC95%: 16,1; 19,9). A maioria da amostra foi composta por mulheres (62,8%). A média de idade foi 70 anos (DP=8,24), 25,1% dos idosos tinham entre 60 e 64 anos e 31,2% tinham 75 anos ou mais. Na análise ajustada, a depressão foi estatisticamente associada ($p<0,05$) aos idosos do sexo feminino, cor da pele não branca, menor classificação econômica, aposentados, ter histórico de problemas cardíacos, com incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária, pior autopercepção de saúde e insatisfação em sua vida em geral. As variáveis, idade, situação conjugal, escolaridade, hipertensão e diabetes autorreferidas não apresentaram associação com sintomas depressivos após ajustes para fatores de confusão.

CONCLUSÕES: A alta prevalência de sintomas depressivos na população requer investimento em ações de prevenção atentando para a necessidade de práticas que promovam o envelhecimento ativo com a manutenção da atividade funcional, a melhoria da autopercepção de saúde e de satisfação com a vida.

DESCRIPTORIOS: Atenção básica à saúde; saúde do idoso; depressão; envelhecimento

Abstract

OBJECTIVE: To identify the prevalence of depressive symptoms and associated factors in an elderly population of Bage.

METHODS: Cross-sectional study of population-based sample of 1,593 individuals aged 60 or older living in the catchment areas of UBS in the urban area of Bage, RS, 2008. Data were collected in household interviews. The prevalence of depressive symptoms was assessed using the Geriatric Depression Scale. The analysis was performed using Poisson regression model.

RESULTS: The prevalence of depressive symptoms was 18.0% (95% CI: 16.1, 19.9). The majority of the sample consisted of women (62.8%). The mean age was 70 years (SD = 8.24), 25.1% of seniors aged 60 to 64 years and 31.2% were 75 years or older. In the adjusted analysis, depression was significantly associated ($p<0.05$) for the elderly female, skin color is not white, lower economic status, retired, have a history of heart problems, with inability to basic and instrumental activities of daily living worse self-rated health and dissatisfaction in your life in general. Age,

marital status, education, self-reported hypertension and diabetes were not associated with depressive symptoms after adjusting for confounders.

CONCLUSIONS: The high prevalence of depressive symptoms in the population requires investment in preventive actions noting the need for practices that promote active aging with the maintenance of functional activity, improved self-rated health and life satisfaction.

Descriptors: Primary health; health of the elderly; depression; aging

Introdução

Os transtornos mentais são considerados responsáveis por incapacidades funcionais, diminuição na qualidade de vida, incremento nos gastos com saúde, além de prejuízos nos relacionamentos interpessoais.¹ Entre os transtornos com maior prevalência em todo mundo, destacam-se a depressão e o uso abusivo de substâncias químicas.²

A depressão compromete a qualidade de vida do idoso, aumenta os riscos de mortalidade³ e requer um atendimento diferenciado dos serviços de saúde.⁴ Os sinais e sintomas depressivos incluem alteração no humor, a perda de interesse e prazer, distúrbios no sono e no apetite.^{5,6}

Há variabilidade na prevalência de depressão entre idosos em diferentes partes do mundo dependendo das características sociais, culturais, étnicas e morbididades presentes, inclusive com variações dentro de um mesmo país. Um consórcio realizado em nove cidades européias, utilizando a Escala Geriátrica Mental (GMS) e Automated Geriatric Examination for Computer Assited Taxonomy (AGECAT), analisou indivíduos com 65 anos ou mais residentes na comunidade e identificou uma prevalência de sintomas depressivos que variou de 8,8% na Islândia, 10,0% em Liverpool, 10,7% em Zaragoza, 11,9% em Dublin, 12,0% em Amsterdam, 16,5% em Berlim, 17,3% em Londres, 18,3% em Verona e, 23,6% em Munique. A meta-análise, com a totalidade dos indivíduos envolvidos no estudo (n=13.808), verificou um nível médio de depressão de 12,3% (IC95%: 11,8-12,9), sendo de 14,1% nas mulheres (IC95%:13,5-14,8) e 8,6% nos indivíduos do sexo masculino (IC95%: 7,9-9,3).⁷

No Brasil, um estudo de base populacional realizado em Dourados (MS), em 2008, identificou uma prevalência de 34,4% em um estrato de 503 idosos vinculados ao atendimento da estratégia de saúde da família, utilizando como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos a escala de depressão geriátrica (GDS).⁸

A causa da depressão ainda é desconhecida. Pode-se dizer que é um conjunto multifatorial determinada por problemas psicossociais, biológicos, culturais, socioeconômicos, familiares ou até mesmo pela associação de patologias coexistentes como doenças crônicas, incapacidades funcionais ou demência.⁹

Em geral, os profissionais de saúde vêem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento, ou os

confundem com ansiedade e tristeza.^{9,10} A falha no diagnóstico e a inexistência de um manejo adequado podem resultar em um pior prognóstico e comprometimento físico, social e funcional, com impacto negativo sobre a qualidade de vida o idoso.⁹ Assim, tanto a interação do idoso quanto o ambiente em que ele vive tem relação com o binômio saúde e doença no processo de envelhecimento.¹¹

O objetivo desse estudo foi identificar a prevalência dos sintomas depressivos e fatores associados na população idosa do município de Bagé, Rio Grande do Sul.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional¹ realizado em 2008. A população em estudo foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, residente na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde, da zona urbana de Bagé, RS.

A coleta de dados incluiu a delimitação da área de abrangência de cada uma das Unidades Básicas de Saúde, seguida da sua divisão em microáreas e da numeração das respectivas quadras. O ponto de início da coleta de dados foi selecionado aleatoriamente em cada quadra. Os domicílios localizados à esquerda foram considerados elegíveis. Um a cada seis domicílios foi selecionado para favorecer a dispersão da amostra na área. Todos os idosos residentes no domicílio foram convidados a participar do estudo. As entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes foram consideradas perdas/recusas. Não foram admitidas substituições. Os dados foram coletados através de questionários estruturados com questões pré-codificadas.

A depressão foi investigada através da escala de depressão geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS). O ponto de corte utilizado nesse estudo foi de 5/6 (não caso/caso), recomendado por Almeida & Almeida (1999) que validaram a escala no Brasil, apresentando sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o rastreamento de episódio depressivo maior de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).¹³ As variáveis demográficas e socioeconômicas

¹ Este artigo utilizou dados do Projeto “Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS” (COCEPE: 406.00.036).¹²

utilizadas nessa análise foram: sexo (feminino e masculino), idade (60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 anos ou mais), situação conjugal (casado ou com companheiro; viúvo; solteiro ou divorciado), escolaridade (sem escolaridade; 1 a 7 anos; 8 anos ou mais), classificação econômica, coletada de acordo com a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) e categorizada (A/B; C; D/E), aposentadoria (sim; não). A presença de morbidade foi questionada através do autorelato (sim; não) de diagnóstico médico de hipertensão, diabetes e problemas cardíacos. A autopercepção de saúde foi categorizada em péssima ou ruim, regular, ótima ou boa, e a satisfação com a vida em satisfeito ou insatisfeito.

Para identificar a presença de incapacidade funcional foram utilizadas as Escalas de Katz¹⁴ e de Lawton & Brody.¹⁵ As incapacidades básicas para vida diária (AVD) são relacionadas ao autocuidado e investigam a presença de autonomia (faz sozinho ou precisa de ajuda) para alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as necessidades fisiológicas.⁹ As incapacidades instrumentais para vida diária (AIVD) estão relacionadas à participação do idoso no seu entorno social, de modo independente, incluindo a utilização de meios de transporte, a manipulação de medicamentos, a realização de compras e de tarefas domésticas leves e pesadas, a utilização de telefone, a preparação de refeições e o cuidado das próprias finanças.⁹ Foi considerada a presença de incapacidade funcional a necessidade de ajuda para, no mínimo, umas das AVDs ou AIVDs.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 12.¹⁶ A análise descritiva incluiu cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Foi utilizada a regressão de Poisson com estimativas robustas de variância, com cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas e intervalo de confiança de 95%.¹⁷ O modelo de análise incluiu no primeiro nível as variáveis, sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, classificação econômica e aposentadoria. No segundo nível o diagnóstico médico autorreferido de hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e incapacidades funcionais. No terceiro nível foram incluídas a autopercepção de saúde e a satisfação com a vida.

Todas variáveis com $p \leq 0,20$ foram mantidas no modelo de análise para eventual controle de fatores de confusão. O Teste de Wald de heterogeneidade e para tendência linear foram utilizados e considerados estatisticamente significativos associações com $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, sob ofício nº 015/08. Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado dos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do anonimato na divulgação dos resultados.

Resultados

A logística utilizada permitiu a identificação de 1.713 indivíduos com 60 anos ou mais, dos quais 1.593 participaram do estudo e 1.514 idosos responderam às questões relacionadas ao desfecho. Os percentuais de perdas e recusas foram de 4% e 3%, respectivamente.

A Tabela 1 descreve as características da população estudada. As mulheres representaram 62,8% do total de entrevistados. A média de idade foi 70 anos (DP=8,24) sendo que 25,1% dos idosos tinham entre 60 e 64 anos e 31,2%, 75 anos ou mais. A maioria autorreferiu cor da pele branca (78,6%), aproximadamente a metade dos indivíduos eram casados ou viviam com companheiro (51,3%) e tinham de 1 a 7 anos de estudo (54,5%). A maioria (38,9%) pertencia à classificação econômica C e mais de dois terços (71,7%) eram aposentados.

O percentual de indivíduos que autorreferiram diagnóstico médico de hipertensão, problema cardíaco e diabetes foram, respectivamente, de 55,3%, 29,6% e 15,1%. A prevalência de incapacidade para atividades básicas da vida diária foi de 10,6% e a prevalência para incapacidade para as atividades instrumentais da vida diária foi de 34,2%. Quanto à autopercepção de saúde, 58,8% perceberam sua saúde como boa ou ótima, sendo que aproximadamente 95% dos idosos relataram satisfação com a vida. A prevalência de depressão na população idosa da área urbana de Bagé foi de 18,0% (IC95%: 16,1; 19,9).

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com as características demográficas, socioeconômicas e condições de saúde. Bagé, RS, 2008.

Variáveis	N	%
-----------	---	---

Sexo

Masculino	593	37,2
Feminino	1000	62,8
Idade (em anos completos)		
60-64	400	25,1
65-69	374	23,5
70-74	322	20,2
75 ou mais	497	31,2
Cor da pele (autorreferida)		
Branca	1252	78,6
Preta	139	8,7
Amarela/ Parda/ Indígena	202	12,7
Situação conjugal		
Casado(a) / Com companheiro(a)	816	51,3
Solteiro(a) / Separado(a)	238	14,9
Viúvo(a)	538	33,8
Escolaridade (em anos completos)		
Sem escolaridade	372	23,7
1 a 7	858	54,5
≥ 8	342	21,8
Classificação econômica (ABEP)		
A/B	429	27,1
C	615	38,9
D/E	537	34,0
Aposentadoria		
Não	451	28,3
Sim	1142	71,7
Morbidades (Diagnóstico médico)		
Hipertensão	881	55,3
Diabetes	241	15,1
Problema cardíaco	471	29,6
Incapacidades básicas da vida diária	169	10,6
Incapacidades instrumentais da vida diária	544	34,2
Autopercepção da saúde		
Ótima/Boa	906	58,8
Regular	525	34,1
Péssima/Ruim	109	7,1
Satisfação com a vida*		
Satisfeito	1449	94,3

Insatisfeito	87	5,7
--------------	----	-----

*Variável com maior número de perdas (perdas=57)

A Tabela 2 apresenta a análise bruta e ajustada. Na análise bruta todas as variáveis apresentaram associação com os sintomas depressivos. Na análise ajustada, a prevalência de depressão entre as mulheres foi quase duas vezes maior do que entre os homens (RP=1,60; IC95%:1,23; 2,08).

Indivíduos de cor da pele amarela, parda ou indígenas tiveram quase 50% a mais de sintomas depressivos do que os indivíduos com cor da pele branca. Idosos das classes D/E tiveram maiores prevalências de sintomas depressivos quando comparados aos indivíduos das classes A/B (RP=1,65; IC95%:1,21; 2,27). Os idosos que recebiam aposentadoria apresentaram menores prevalências dos sintomas depressivos do que aqueles que recebiam aposentadoria (RP=0,77; IC95%:0,61; 0,97). Em relação às doenças autorreferidas, os idosos com problemas cardíacos apresentaram quase 30% a mais de prevalência dos sintomas depressivos do que entre aqueles que não relataram problemas cardíacos. Indivíduos com incapacidade para AVD e AIVD apresentaram prevalência de depressão cerca de duas vezes maior do que aqueles que não apresentavam incapacidades funcionais (RP=2,07; IC95%: 1,59; 2,69) e instrumentais da vida diária (RP=1,82; IC95%:1,43; 2,33). Os sintomas depressivos apresentaram um incremento linear na associação com autopercepção de saúde isto é, aqueles com autopercepção regular (RP=2,19; IC95%: 1,69; 2,85) e péssima/ruim (RP=3,24; IC95%: 2,34; 4,49) apresentaram as maiores prevalências de sintomas depressivos quando comparados a aqueles com avaliação boa/ ótima da saúde. Idosos insatisfeitos com a vida tiveram uma prevalência duas vezes maior de sintomas depressivos quando comparados aos indivíduos satisfeitos.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada entre depressão em idosos e variáveis sociodemográficas, morbidades, e autoavaliação da saúde e da vida. Bagé, RS, 2008.

Variáveis	Análise bruta	Análise ajustada
%	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Nível 1		
Sexo	$p<0,001$	$p<0,001$

Masculino	12,3	1	1
Feminino	21,4	1,74 (1,35; 2,23)	1,60 (1,23; 2,08)
Idade (em anos completos)		<i>p=0,038</i>	<i>p=0,051</i>
60 a 64	18,0	1	1
65 a 69	13,2	0,73 (0,52; 1,03)	0,75 (0,54; 1,05)
70 a 74	21,1	1,18 (0,87; 1,59)	1,19 (0,87; 1,62)
75 ou mais	19,8	1,10 (0,83; 1,46)	1,09 (0,82; 1,46)
Cor da pele (autorreferida)		<i>p=0,021</i>	<i>p=0,044</i>
Branca	17,0	1	1
Preta	17,1	1,01 (0,67; 1,50)	0,96 (0,65; 1,43)
Amarela/Parda/Indígena	25,0	1,47 (1,12; 1,94)	1,41 (1,07; 1,86)
Situação Conjugal		<i>p<0,001</i>	<i>p=0,256</i>
Casado(a) / Com companheiro(a)	14,0	1	1
Solteiro(a) / Separado(a)	19,9	1,42 (1,03; 1,95)	1,16 (0,84; 1,62)
Viúvo(a)	23,3	1,66 (1,31; 2,10)	1,26 (0,96; 1,65)
Escolaridade (em anos completos)		<i>p=0,001*</i>	<i>p=0,290</i>
Sem escolaridade	23,1	1,75 (1,25; 2,45)	1,34 (0,90; 2,01)
1 a 7	17,4	1,32 (0,96; 1,81)	1,13 (0,80; 1,61)
≥ 8	13,2	1	1
Classificação econômica (ABEP)		<i>p<0,001*</i>	<i>p=0,001*</i>
A/B	12,0	1	1
C	18,3	1,53 (1,12; 2,10)	1,41 (1,02; 1,94)
D/E	22,3	1,86 (1,37; 2,54)	1,65 (1,21; 2,27)
Aposentadoria		<i>p=0,001</i>	<i>p=0,026</i>
Não	23,0	1	1
Sim	16,0	0,70 (0,56; 0,87)	0,77 (0,61; 0,97)
Nível 2			
Hipertensão referida		<i>p=0,032</i>	<i>p=0,706</i>
Não	15,6	1	1
Sim	19,9	1,28 (1,02; 1,59)	1,05 (0,83; 1,32)
Diabetes referida		<i>p=0,044</i>	<i>p=0,381</i>
Não	17,2	1	1
Sim	22,7	1,32 (1,01; 1,73)	1,12 (0,87; 1,46)
Problema cardíaco		<i>p=0,001</i>	<i>p=0,032</i>

referido			
Não	15,9	1	1
Sim	23,1	1,45 (1,17; 1,81)	1,27 (1,02; 1,57)
Incapacidade para AVD	15,5	$p<0,001$	$p<0,001$
Não	47,4	1	1
Sim		3,05 (2,43; 3,83)	2,07 (1,59; 2,69)
Incapacidade para AIVD	12,7	$p<0,001$	$p<0,001$
Não	29,6	1	1
Sim		2,33 (1,88; 2,87)	1,82 (1,43; 2,33)
<u>Nível 3</u>			
Autoavaliação da saúde	9,2	$p<0,001^*$	$p<0,001^*$
Ótima/Boa	24,9	1	1
Regular	57,7	2,70 (2,09; 3,48)	2,19 (1,69; 2,85)
Péssima/Ruim		6,25 (4,80; 8,14)	3,24 (2,34; 4,49)
Satisfação com a vida	14,7	$p<0,001$	$p<0,001$
Satisfeito	72,6	1	1
Insatisfeito	72,6	4,93 (4,12; 5,92)	2,27 (1,77; 2,93)

Discussão

A prevalência de sintomas depressivos na população idosa de Bagé com 60 anos ou mais foi de 18,0% e apresentou associação com o sexo feminino, cor da pele não branca, menor classificação econômica, possuir problemas cardíacos, apresentar incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária, pior autopercepção de saúde e insatisfação em sua vida em geral.

O estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado em São Paulo no ano de 2000 ($n=2.143$), com indivíduos da mesma faixa etária, identificou uma prevalência semelhante de sintomas depressivos (18,1%), com diferencial importante entre homens e mulheres (12,7% e 22,0%, respectivamente).¹⁸ Entretanto, estudo realizado em Santa Cruz (RN) em 2002, com 310 idosos acima de 60 anos, identificou uma prevalência de depressão de 25,0%.¹⁹ Ambos os estudos são de base populacional e utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Em Bambuí (MG), no ano de 1994 e utilizando o General Health

Questionnaire (GHQ-12), foi detectado que 38,5% dos idosos apresentavam sintomas depressivos.²⁰

A maior prevalência de sintomas depressivos no sexo feminino pode ser explicada pelas questões sociais as quais as mulheres estão expostas, como por exemplo, à violência doméstica e discriminação no acesso à educação, renda, alimentação e trabalho, cuidado da saúde e seguridade social.¹⁸ A feminização no processo de envelhecimento incrementa a ocorrência de problemas crônicos de saúde, o isolamento social e transtornos emocionais decorrentes da aposentadoria, da viuvez e das alterações fisiológicas.²¹

O baixo poder aquisitivo aumenta a probabilidade de o idoso desenvolver sintomas depressivos. Nesse estudo, a aposentadoria mostrou ser um fator de proteção contra depressão, mantendo uma associação positiva mesmo após ajuste para possíveis fatores de confusão. Portanto, a renda é um elemento importante para preservação da autonomia e a inatividade econômica pode impossibilitar o acesso ao cuidado adequado e a aquisição de medicamentos para a manutenção do tratamento de doenças crônicas e incapacitantes, refletindo diretamente na qualidade de vida do idoso.¹⁹

Alguns autores destacam que idosos não cadastrados nos programas de transferência de renda do governo federal e sem qualquer outro recurso econômico disponível podem ter prejuízos à saúde mental e física, refletindo em isolamento social próprio de portadores de doenças graves.^{8,22}

Houve uma significativa associação entre sintomas depressivos e problemas cardíacos. Idosos que autorreferiram problemas cardíacos apresentaram uma probabilidade maior de desenvolver sintomas depressivos comparados aos idosos sem cardiopatias (RP=1,27), talvez pelo fato de restrições alimentares e maior dependência física e econômica resultante das doenças crônicas, além da reclusão social.²³

A presença de incapacidades para atividades básicas e instrumentais da vida diária, praticamente dobrou a probabilidade de ocorrência de sintomas depressivos. Considerando que as atividades básicas e instrumentais da vida diária são imprescindíveis e requerem elaboração, coordenação e destreza, a mínima alteração dessas funções pode ser fator para perda da autonomia e conseqüente isolamento social, além de desenvolver alguma deficiência e gerar sentimentos de ansiedade e insegurança, podendo desencadear um episódio depressivo.¹⁹

Embora grande maioria dos idosos seja portador de uma doença crônica, nem todas se configuram como incapacitantes; alguns levam uma vida normal com controle de suas enfermidades e com expressa satisfação de vida.²³

A associação de sintomas depressivos e problemas cardíacos ou incapacidades funcionais reforça a necessidade de monitoramento das condições físicas e psíquicas dos idosos. Embora nos pareça que os problemas cardíacos e as incapacidades funcionais precedam os sintomas depressivos, este provável fato deve ser avaliado com cautela, uma vez que o delineamento desse estudo está sujeito à causalidade reversa.

A autopercepção de saúde tem mostrado ser um poderoso indicador de saúde, pois está associado com doenças crônicas e mortalidade.^{24 25,26} Esse indicador pode ser utilizado como um preditor de sobrevida contemplando aspectos da saúde física e psíquica, estando associado ao estado real de saúde do idoso e traduzindo as representações objetivas de saúde.⁸

Em Bagé, a autopercepção de saúde esteve fortemente associada com a ocorrência de depressão, praticamente triplicando sua prevalência entre os indivíduos que a avaliaram como ruim ou péssima quando comparado àqueles com autopercepção boa ou ótima.

A insatisfação com a vida também mostrou forte associação com depressão. Essa é uma pergunta simples e de fácil aplicação no dia-a-dia, podendo servir de marcador no rastreamento de sintomas depressivos.

Segundo Ramos (2009), o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde precisa ser visto com cuidado quando relativo aos idosos. Nessa população a ausência de doenças é privilégio de poucos, mas se devidamente controladas permitirão ao idoso ter uma boa qualidade de vida. Além disso, o envelhecimento saudável é resultado do equilíbrio de vários fatores como autonomia, independência física e econômica, capacidade funcional e suporte social, sem necessariamente ser ausência de doenças.²³

Conclusão

Os resultados obtidos contribuíram para o alcance dos objetivos propostos e servirá como material norteador para esclarecimentos pertinentes à saúde do idoso. A prevalência de sintomas depressivos na população requer investimento em ações de promoção em saúde atentando para práticas que estimulem o envelhecimento ativo e diminuam a incapacidade funcional.

O delineamento transversal, utilizado no presente estudo, apresentou a possibilidade de identificar a prevalência de sintomas depressivos em amostra representativa dos idosos moradores na área de abrangência dos serviços de atenção básica da zona urbana do município de Bagé.

Dentre os fatores associados aos sintomas depressivos, as incapacidades funcionais, a má percepção de saúde e a insatisfação com a vida são de grande relevância para o planejamento das ações em saúde, pois as elevadas prevalências de doenças crônicas representam grandes implicações para os que estão envelhecendo, além de onerosas são dolorosas e muitas vezes tornam-se incapacitantes.

A dependência do idoso é um critério de grande relevância no processo de envelhecimento e está intimamente ligada com a percepção que o mesmo tem de sua saúde. O idoso dependente torna-se muitas vezes insatisfeito com a vida e passivo de desenvolver transtornos mentais.

O conhecimento desses determinantes depressivos auxiliará os gestores e demais profissionais de saúde no enfrentamento do desafio, de assegurar um envelhecimento saudável à população, garantindo cidadania e dignidade. Para tanto, são necessário investimentos na melhoria das condições de saúde do idoso, focando na manutenção da independência física e autonomia sem esquecer as condições econômicas e suporte social.

Portanto, o envelhecimento populacional precisa ser acompanhado de forma a construir estratégias eficientes no acolhimento dos idosos pelos profissionais de saúde, com medidas que reforcem a capacidade funcional e as relações sociais dessa população.

REFERÊNCIAS

- 1-Kessler RC, Aguilar GS, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009; 18: 23-33.
- 2-WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- 3-Burvill PW, Knuiman MW. The influence of minor psychiatric morbidity on consulting rates to general practitioners. *Psychologist Medical* 1983; 13: 635-43.
- 4-Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43: 548-54.
- 5-OMS. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 6-DSM-IV. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- 7-Copeland JR, Beekma NAT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, ET AL. Depression in Europe: geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 312-21.
- 8-Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *Cogitare Enfermagem* 2010; 15: 217-24.
- 9-Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006.

10-Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? Rev Bras Psiquiatri 2002; 24: 42-7.

11-Gottlieb MGV, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. Rev Bras de Geriatr Gerontol 2011; 14: 365-80

12-Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Revista de Saúde Pública (USP. Impresso) 2010; 44: 1102-11.

13-Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arqui Neuropsiqui 1999; 57:421-6.

14-Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. Jama. 1963; 185:914-9.

15-Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9:179-86.

16-Dean JA, Coulombier D, Smith DC, Brendel KA, Arner TG, DEAN AG. Epi Info-computer programs for epidemiology, version 6.0. Atlanta Georgia: CDC; 1995.

17-Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodo 2003; 3: 21-4.

18-Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8: 127-41

19-Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. J Bras Psiquiat 2006; 55: 26-33.

20-Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: the Bambuí health aging study. *J Geriatric Psychiatry* 2007; 15: 17-27.

21-Lima LCV, Bueno, CMLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Rev Saúde e Pesquisa* 2009; 2: 273-280.

22-Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

23-Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 793-98.

24-Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported and adult mortality risk: an analysis of cause-specific. mortality. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1297-306.

25-Sundquist J, Johanson SE. Self reported poor health and low education level predictors for mortality: a population based follow up study of people in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 35-40.

26-Vuorisalmi M, Lintonen T, Julha M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 680-7.

AUTORES

***Enf^a. Andréia Ferreira Bretanha**

Especialista em Saúde da Família-UFPeI
Especialista em Saúde Mental-UFPeI
Especialista em Administração Hospitalar-UCPeI
Mestranda da Faculdade de Enfermagem-UFPeI
Pelotas, RS, Brasil

**** Enf^a Dr^a. Elaine Thumé**

Departamento de Enfermagem
Faculdade de Enfermagem
Departamento de Medicina Social – Grupo de Pesquisa AQUARES
Universidade Federal de Pelotas (UFPeI)

Correspondência | Correspondence:

Elaine Thumé
Departamento de Medicina Social
Av. Duque de Caxias, 250 – 3º andar – Fragata
96030-000, Pelotas, RS, Brasil
E-mail: elainethume@gmail.com
Telefone: 053-99810702

Andréia Simone Ferreira Bretanha
Mestranda da Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Pelotas (UFPeI)
E-mail: andreiabretanha@hotmail.com
Telefone: 053-84560257

APÊNDICE

APÊNDICE 1

Quadro1. Estudos Internacionais com população idosa - perfil sócio-demográfico e situação de saúde.

TÍTULO, AUTOR e ANO	LOCAL	MÉTODOS	OBJETIVOS	PRINCIPAIS ACHADOS
<i>Quanto tempo as pessoas mais velhas devem tomar antidepressivos para evitar recaídas?</i> SPEAR, 2002	EUA Rokhigan	Ensaio Clínico randomizados	Artigo de ensaios Clínicos randomizados Que revisa a eficácia da terapêutica da medicação em idosos depressivos	Depressão recorrente é um distúrbio comum, com conseqüências graves para os pacientes, suas famílias e sociedade. Depressão em idosos geralmente se apresenta como um desafio complexo de clínica médica com co-morbidade de ajuste, para as mudanças de papel, perdas múltiplas, desvantagem social e tensões interpessoais. Portanto, não é surpreendente que os pacientes idosos com transtorno depressivo terem baixos índices de tratamento e mortalidade. No entanto, quando os pacientes tomam medicação antidepressiva por até três anos, a recidiva pode ser evitada e adiada. Algumas evidências preliminares sugerem que a combinação de profilaxia antidepressiva com apoio domiciliário pode ser ainda mais eficaz.
<i>Qual é prevalência de depressão na terceira idade?</i> SNOWDON, 2002	Australia	Estudo de Prevalência	Detectar a prevalência da sintomatologia depressiva em idosos	Doença física é um dos fatores de risco mais significativos, embora essa associação possa impedir os clínicos de reconhecerem a depressão. Intervenções clínicas para depressão na velhice valem a pena, e se recomenda a alocação de recursos adequados para treinar profissionais na avaliação e no manejo desses pacientes, como, desenvolver iniciativas ambientais dirigidas aos sentimentos de desalento e baixa auto-estima dessa população e promoção de novas pesquisas sobre o tema.

Depression among older people in Europe: the EURODEP studies 2004		Os objetivos dos primeiros estudos foram: a) estudar a variação na prevalência de depressão diagnosticada em pessoas entre 65 e mais anos que vivem na comunidade em diferentes centros na Europa, usando um método padronizado, b) para examinar sintomas nucleares e perfis clínicos em centros: como eles diferem? c) para interpretá-los em relação a variáveis existentes fator sócio-econômicos e de risco, e d) a harmonização das escalas de depressão para permitir que outros centros para se juntar ao consórcio para comparar os níveis de humor deprimido por escore	O estudo trata-se de um consórcio e posteriormente meta-análise	Foram analisados a prevalência de doença depressiva em indivíduos com 65 anos ou mais que vivem na comunidade. Islândia 8,8%, Liverpool 10,0%; Zaragoza 10,7%; Dublin 11,9%; Amsterdam 12,0%; Berlim 16,5%; Londres 17,3%; Verona 18,3% e 23,6% de Munique. Considerando todos os níveis de depressão, cinco de altura (Amsterdã, Berlim, Munique, Londres e Verona) e quatro baixo (Dublin, Islândia, Liverpool, Zaragoza) Meta-análise de todos os 13.808 indivíduos renderam um nível médio de depressão de 12,3% (IC 95% 11,8-12,9), 14,1% para as mulheres (95% CI 13,5-14,8) e 8,6% para os homens (95% CI 7,9-9,3) . Níveis de sintomas variou entre centros: 40% da população total do estudo, em Amsterdã relatou humor depressivo, contra apenas 26% em Zaragoza.
Quem recebe acompanhamento durante o alto risco dos sintomas depressivos? KALES et al., 2010	EUA Michigan	Análise secundária retrospectiva dos dados do Veterans Affairs (VA) Registro Nacional de Depressão com pacientes com idade entre 65 anos ou mais recebendo tratamento para depressão entre 1999 e 2004.	Monitoramento do acompanhamento de idosos que apresentaram nos últimos dias sintomatologia depressivas pela atenção primária.	Percebeu-se que nos grupos de paciente deprimidos, acompanhados na internação hospitalar e início de tratamento recebeu baixos níveis de monitoramento. No Sul e Nordeste também foram associados com taxas significativamente mais baixas do acompanhamento após novos começos antidepressivos e estadias hospitalares. Transtornos de abuso de substâncias foram associadas com maior monitoramento após os dois tipos de depressão, maior e episódio depressivo.

Continuação dos estudos Internacionais com população idosa - perfil sócio-demográfico e situação de saúde.

TÍTULO, AUTOR e ANO	LOCAL	MÉTODOS	OBJETIVOS	PRINCIPAIS ACHADOS
As desigualdades Sociais na ocorrência de ideação suicida entre os mais velhos pacientes de cuidados primários COHEN et al. 2010	Monroe County, NY.	Análises secundárias de dados de um estudo prospectivo de resultados naturalistas dos sintomas depressivos.	Examinar se existe uma associação entre status de área socioeconômico e experiência de ideação suicida entre adultos mais velhos.	Moradores idosos com renda familiar média de menos de 30.000 dólares / ano eram mais propensos a experimentar ideação suicida do que os de renda mais elevada (odds ratio não ajustado [OR], 4,60; intervalo de confiança de 95% [IC], 1,64-12,86). Ajuste para fatores demográficos e clínicos de base não eliminou a associação (OR, 5,44; IC 95%, 1,71-17,24). Modelos subsequentes ajustados para as variáveis médicas, funcionais e psicossociais não mostram associação significativas. Há uma forte associação entre baixa renda e a ocorrência de ideação suicida em uma coorte de cuidados primários de idosos com mais de 1 ano. Esses achados indicam a necessidade de mais pesquisas sobre como os mundos sociais vêm a influenciar o bem-estar emocional de adultos mais velhos e se fatores sociais como a renda pode ser usado para identificar indivíduos com risco aumentado de comportamento suicida.
Distribuição de transtornos depressivos em idosos BARUA et al. 2010	Karnataka -Índia	Um estudo retrospectivo baseado em meta-análise de relatórios de estudos diversos. De base comunitária de saúde mental, pesquisas sobre transtornos depressivos geriátricos realizados nos continentes da Ásia, Europa, Austrália, América do Norte e América do Sul.	Para determinar as taxas de prevalência mediana de transtornos depressivos na população idosa da Índia e de vários outros países do mundo.	A taxa de prevalência média de transtornos depressivos no mundo para a população idosa estava determinada a ser de 10,3% [IQR = (4,7% -16,0%)]. A taxa de prevalência média de depressão entre a população idosa indiana estava determinada a ser de 21,9% [IQR = (11,6% -31,1%)]. Embora tenha havido uma tendência diminuição significativa na prevalência mundial de depressão geriátrica, era significativamente mais elevada entre índios nos últimos anos que o resto do mundo.

APÊNDICE 2

Quadro 2. Estudos Nacionais com população idosa - perfil sócio-demográfico e situação de saúde.

TÍTULO, AUTOR e ANO	LOCAL	OBJETIVOS	MÉTODOS	PRINCIPAIS ACHADOS
Sintomas Depressivos em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família ALVARENGA et al., 2010	Mato Grosso do Sul	Estudo transversal que entrevistou 503 idosos onde analisou a associação entre indicadores sociodemográficos, condições e autoavaliação de saúde, estado cognitivo e presença de sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família	Estudo transversal que analisou as Informações que foram obtidas em entrevistas domiciliares, utilizando o Mini-Exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica.	O modelo de regressão logística revelou forte associação entre sintomas depressivos e auto-avaliação ruim da saúde (OR 12,38; IC95%), seqüelas de AVC (OR 9,65; IC95%), inatividade econômica (OR 3,19; IC95%), déficit cognitivo (OR 1,77; IC95%), não-participação em atividades sociais (OR 1,94; IC95%) e renda per capita de até meio salário mínimo (OR 1,86; IC95%). Os achados não permitem estabelecer a influência direta das variáveis na ocorrência da depressão, contudo, os resultados servem de subsídios para direcionar as discussões sobre os determinantes de sintomas depressivos em idosos.
Fatores determinantes do envelhecimento Saudável em idosos residentes em centro Urbano: Projeto Epidoso, São Paulo RAMOS, 2003	São Paulo, SP	Identificar as necessidades de idosos residentes em zona urbana, através de instrumento de avaliação multidimensional com dados sobre utilização de serviços.	Estudo longitudinal com coorte desde 1991.	Média de idade= 69 anos; 10% tinham mais de 80 anos; 60% eram mulheres; 70% referiram renda < 100 dólares; 35% eram analfabetos (variou de 4% a 60% dependendo da área estudada); 10% moravam sozinhos, 31% moravam com cônjuge e 59% eram domicílios multigeracionais; 86% apresentavam no mínimo uma doença crônica; 53% relataram autonomia para a realização das AVD; 29% precisavam de ajuda para realizar até 3 AVD; 10% precisavam de ajuda para realizar de 4 a 6 AVD; 7% precisavam de ajuda para realizar 7 ou mais AVD e 27% apresentaram algum problema de saúde mental.
Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade e de agravos. VERAS, 2003	Rio de Janeiro	Este artigo discute uma proposta de fluxo de acesso e definição de prioridades em uma rede ambulatorial.	Utilizou-se um questionário breve, com oito perguntas objetivas, visando à captação e ordenação de idosos em risco de admissão hospitalar repetida. Amostra de 360 indivíduos	O estudo destacou que 75,8% dos idosos apresentavam baixo risco de adoecer e cerca de 11% da amostra, contudo, apresentou risco de médio a alto de adoecer, utilizando de forma intensiva os serviços de saúde. Os achados corroboram a utilidade do procedimento proposto a fim de classificar idosos em diferentes grupos de risco de fragilização, possibilitando a hierarquização dos riscos nessa população e contribuindo para um sistema de saúde mais eficaz e resolutivo.

Continuação dos estudos Nacionais com população idosa - perfil sócio demográfico e situação de saúde.

TÍTULO, AUTOR e ANO	LOCAL	OBJETIVOS	MÉTODOS	PRINCIPAIS ACHADOS
Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? GAZALLE; LIMA; HALLAL, 2004	Pelotas RS	Verificar se os médicos em geral estão investigando a depressão em idosos.	Delineamento transversal, de base populacional, incluindo 583 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas (RS).	Observou-se que 76,6% dos idosos afirmaram que na última consulta o médico não perguntou se eles sentiam-se tristes ou deprimidos. A investigação de depressão foi significativamente maior em indivíduos do sexo feminino e que apresentaram maior média de sintomas depressivos. Entre as mulheres, a prevalência de investigação na última consulta médica foi de 28,7%, enquanto entre os homens o percentual foi de 14,8% (RP=1,93; $p<0,001$).
Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil GAZALLE et al., 2004	Pelotas RS	Determinar a frequência de alguns sintomas depressivos em idosos, construir um escore de sintomas depressivos e avaliar a associação entre a média de sintomas depressivos e variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais. Foram entrevistados 583 sujeitos.	Delineamento transversal de base populacional incluindo 583 indivíduos com 60 anos ou mais residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS. Utilizou-se um instrumento (escore) com oito sintomas depressivos e escalas. A análise foi feita por regressão linear múltipla e se baseou-se em um modelo conceitual de determinação do desfecho.	Foram entrevistados 583 sujeitos, sendo que o percentual de perdas e recusas foi de 4,7%. A média dos sintomas depressivos por participante foi de 3,4 ($dp=2,1$). A ausência de disposição para realizar as atividades habituais foi o sintoma mais frequente (73,9%). Na análise ajustada, os seguintes grupos apresentaram médias estatisticamente maiores ($p<0,05$) de sintomas depressivos: mulheres, indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado, tabagistas atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano.
Prevalência e fatores associado à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil MACIEL; GUERRA RO, 2005	Rio Grande do Norte	Analisar a influência de fatores sociodemográficos, de saúde física, capacidade funcional e função cognitiva sobre a sintomatologia depressiva em 310 idosos do município de Santa Cruz do Rio Grande do Norte.	Estudo com delineamento transversal de base populacional, incluindo 310 idosos, acima de 60 anos, residentes na zona urbana da cidade, nos quais se aplicou a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).	Encontrou-se uma prevalência de 25,5% de sujeitos considerados casos de depressão, nos quais, a partir de análise multivariada, verificou-se associação significativa com idade acima de 75 anos ($p = 0,046$), analfabetismo ($p = 0,037$), má percepção de saúde ($p < 0,001$) e dependência para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) ($p = 0,001$).

Continuação dos estudos Nacionais com população idosa - perfil sócio demográfico e situação de saúde.

TÍTULO, AUTOR e ANO	LOCAL	OBJETIVOS	MÉTODOS	PRINCIPAIS ACHADOS
<i>A prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em adultos brasileiros do sul: Estudo transversal de base populacional.</i> ROMBALDI et al., 2008	Pelotas RS	Identificar a prevalência de sintomas depressivos e examinar fatores associados em população adulta do sul do Brasil, incluindo 972 indivíduos, com idade entre 20 a 69 anos, que vivem na área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul.	Um estudo transversal de base populacional, incluindo o 972 indivíduos, homens e mulheres, com idade entre 20 a 69 anos.	Foram observados os seguintes achados: prevalência de tristeza, ansiedade, perda de energia, falta de vontade de fazer as coisas, pensar no passado, e que desejam ficar em casa eram 29,4%, 57,6%, 37,4%, 40,4%, 33,8% e 54,3%, respectivamente. Sexo feminino, idade mais avançada, fumantes e obesos, mostrou associação com sintomas depressivos.
<i>A utilização dos serviços de cuidados primários por idosos portadores de doenças crônicas, Brasil.</i> RODRIGUES et al., 2009	Pelotas RS	Para avaliar o uso dos serviços de saúde por idosos portadores de doenças crônicas.	Estudo transversal realizado com 2.889 indivíduos com idades entre 65 anos ou mais com condições crônicas – hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença mental que vivem em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde.	Foi encontrado os seguintes resultados: prevalência de consulta médica nos últimos seis meses 45% na região Sul e 46% na região Nordeste. A prevalência de participação em grupos de atividades educativas no último ano foi de 16% no Sul e 22% no Nordeste. Em ambas as regiões, o uso de serviços foi maior para os idosos com idade inferior a 80 anos, com baixo nível de escolaridade e que vivem em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde com Programa Saúde da Família (PSF). A prevalência de consulta médica e participação em grupos de atividades educativas foi baixa quando comparada com estudos anteriores realizados com idosos no Brasil.

ANEXOS

ANEXO 1

 Universidade Federal de Pelotas Departamento de Medicina Social Centro de Pesquisas Epidemiológicas QUESTIONÁRIO - IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE		NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
IDENTIFICAÇÃO		
Número do(a) entrevistador (a): __ __		NUENT__ __
Unidade Básica de Saúde: __ __		UBS __ __
Número da micro-área: __ __		MICRO __ __
Número da quadra: __ __		QUADRA __ __
Número do domicílio: __ __ __		DOM __ __ __
Número da Pessoa no domicílio: __ __		NPED__ __
Data da entrevista: __ __ / __ __ / 2008		
Horário de início da entrevista: __ __ : __ __ hs		
Endereço? _____ —		
Telefone para contato: (__) _____		
ATENÇÃO ENTREVISTADOR: NÃO PERGUNTAR, APENAS OBSERVAR		
1. Cor da pele ou raça do entrevistado: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena		CORPEL __
2. Sexo do entrevistado: (0) Masculino (1) Feminino		SEXO __
INICIAR ENTREVISTA: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO		
3. Qual é o seu nome?		
4. Qual é a sua idade? __ __ __ (anos completos)		IDADE _____
5. Qual é sua data de nascimento? __ / __ / ____		DN __ __ __ __ __ __
PERGUNTAR AO ENTREVISTADO		
6. Qual é o seu peso atual? __ __ __ , __ kg (888,8) NSA (999,9) IGN		PEK__ __ __'__
7. Qual é a sua altura? __ __ __ cm (888) NSA (999) IGN		ALTC __ __ __
8. Qual a cor da sua pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) IGN		CORAUT -
9. Na sua opinião, qual a cor da minha pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) IGN		CORENT -
10. O(a) Sr.(a) frequentou a escola? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 12 (1) Sim (9) IGN		FREQESC __

11. Até que série o(a) Sr. (a) estudou? Série: _____ GRAU: _____ (Codificar após encerrar o questionário)		SERESTA__ __
Anos completos de estudo: _____ anos (88) NSA (9) IGN		
12. O(a) Sr. (a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina (9) IGN		LERESC __
13. O(a) Sr. (a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (1) Sim (9) IGN		TRABULTM __
14. O(A) Sr. (a) é aposentado(a)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 16 (1) Sim (9) IGN		APOS __
15. Com qual idade o(a) Sr. (a) se aposentou? __ __ anos (88) NSA (99) IGN		IDAPOS __ __
16. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) - PULE PARA QUESTÃO 18 (3) Separado(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18 (4) Viúvo(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18		SITCONJ__
17. Qual a idade de seu (sua) esposo(a)/ companheiro(a)? _____ (anos completos) (888) NSA (999) IGN		IDESPA __ __ -
18. O(A) Sr. (a) tem ou teve filhos (inclui filhos adotivos)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 20 (1) Sim (99) IGN		FILHO__
19. Se SIM, quantos? __ __ (número de filhos homens) _____ (número de filhas mulheres) (88) NSA (99) IGN		FILQTH__ FILQTM__
20. A casa em que o Sr(a) mora é: (0) Própria (1) Alugada (2) De um parente ou de amigo. Qual? _____ (9) IGN		CASAPR__ CASAPRQ__
21. O(A) Sr. (a) mora sozinho(a)? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 24		MORSOZ__
22. Além do Sr. (a), quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas (88) NSA		QTSMOR__ __
23. Qual a relação de parentesco destas pessoas com o Sr. (a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8) NSA Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8) NSA Sogro / Sogra (0) Não (1) Sim (8) NSA Filho(s) / filha(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Irmão(s) / irmã(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8) NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros: _____		ESPMO__ PAIMO__ MAEMO__ NETOMO__ SOGMO__ FILHOMO__ IRMOR__ OUTMO__ EMPMO__ OUMO__
24. O(A) Sr. (a) costuma ficar sozinho durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, longos períodos de tempo - ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia		FICARSOZ

(4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho (9) IGN	
25. O(A) Sr. (a) usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia? Bengala (0)N (1)Sim <i>USABENG__</i> Andador (0)N (1)Sim <i>USAAND__</i> Cadeira de rodas (0)N (1)Sim <i>USACADR__</i> Aparelho auditivo (no ouvido) (0)N (1)Sim <i>USAAPARAUD__</i> Dentadura na parte superior (0)N (1)Sim <i>USADENTSUP__</i> Dentadura na parte inferior (0)N (1)Sim <i>USADENTINF__</i> Prótese de fêmur (0)N (1)Sim <i>USAPROTFEM__</i> Colchão de espuma com pontinhas (piramidal) (0)N (1)Sim <i>USACOP__</i> Almofada de ar para cadeira ou cama (0)N (1)Sim <i>USAALM__</i> Outro(s) : <i>USAOUT__</i>	
26. Como o(a) Sr. (a) considera sua saúde? <i>MOSTRAR AS CARINHAS!</i> (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9) IGN <i>ISAUD__</i>	
27. Em comparação com <OS ÚLTIMOS 5 ANOS>, o(a) Sr. (a) diria que sua saúde hoje é: (1) Melhor (2) Mesma coisa (3) Pior (9) IGN <i>ISAUDH__</i>	
28. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr. (a) diria que sua saúde está: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (9) IGN <i>ISAUOUT__</i>	
29. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação à sua vida em geral? (0) Insatisfeito (1) Satisfeito - pule para pergunta 31 (9) IGN <i>ISENT__</i>	
30. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida. (Anotar até 3 motivos). (1) Problema econômico (de dívidas, pouco dinheiro); (2) Problema de saúde; (3) Problema de moradia; (4) Problema de transporte (não tem como sair de casa); (5) Conflito nos relacionamentos pessoais; (6) Falta de atividade (7) Outro problema _____ (8) NSA (9) IGN	<i>IMDIMP1__</i> <i>IMDIMP2__</i> <i>IMDIMP3__</i>
31. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) consultou com algum(a) médico(a), em serviço de urgência (SAMU, Pronto Socorro)? (0) Não (1) Sim, quantas _____ vezes (99) IGN <i>CONM3__</i>	
32. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) consultou com algum(a) médico(a) em serviços que não foram de urgência? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 34 (1) Sim, quantas _____ vezes (99) IGN <i>CONMA__</i> <i>CONNUVEZ__</i>	
33. SE SIM, a última vez que o(a) Sr. (a) consultou foi no? (01) Posto de saúde (02) Médico particular (03) Médico conveniado (04) Outro _____ (88) NSA (99) IGN <i>LOCONI__</i>	
34. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem pressão alta? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 36 (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN <i>HASREF__</i> <i>HASTEMA__</i>	

	___ HASTEEM ___
35.O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	HREMED ___
36.Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 38 (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	DIAREF ___ DIATEMA ___ ___ DIATEMM ___
37.O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DIAREMED ___
38.Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 40 (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	PULREF ___ PULTEMA ___ ___ PULTEMM ___
39.O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	PULREMD ___
40.Neste ano (2008) o(a) Sr.(a) fez a vacina contra a gripe? (0) Não. Por que não? _____ (1) Sim. Onde? _____ (9) IGN	VACGRIPE ___ VACNÃOPOQ ___ VACONDE ___
41.<NOS ÚLTIMOS 10 ANOS> o(a) Sr.(a) fez a vacina contra o tétano? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VACTET ___
42.Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema no coração? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 44 (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	CORREF ___ CORTEMA ___ ___ CORTEMM ___
43.O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema no coração? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CORREMED ___
44.Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	DERREF ___ DERTEMA ___ ___ DERTEMM ___
45.Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem doença na coluna? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	COLREF ___ COLTEMA ___ ___ COLTEMM ___
46.Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem reumatismo, artrite ou artrose? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	RAAREF ___ RAATEMA ___ ___ RAATEMM ___
47.Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema nos rins? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	RIAREF ___ RITEMA ___ ___ RITEMM ___
48.O(A) Sr.(a) está fazendo hemodiálise? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	HEMOD ___ HEMTEMA ___ ___ HEMTEMM ___
49.Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) estava com câncer? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 52 (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88) NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88) NSA (99) IGN Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88) NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88) NSA (99) IGN	CAREF ___ CATEMA1 ___ ___ CATEM1 ___ CALUG1 CATEMA2 ___ ___ CATEM2 ___ CALUG2 ___

3. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						MEDIC3____ TEMPMEDM3____ TEMPMEDD3____
4. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						VEZDIAMED3____ VEZESQMED3____ MOTIVMED3____ FUNCIMED3____
5. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						MEDIC4____ TEMPMEDM4____ TEMPMEDD4____ VEZDIAMED4____ VEZESQMED4____ MOTIVMED4____ FUNCIMED4____
6. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
7. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						MEDIC5____ TEMPMEDM5____ TEMPMEDD5____ VEZDIAMED5____ VEZESQMED5____ MOTIVMED5____ FUNCIMED5____
8. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
9. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						MEDIC6____ TEMPMEDM6____ TEMPMEDD6____ VEZDIAMED6____ VEZESQMED6____ MOTIVMED6____ FUNCIMED6____
10. _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
Número total de medicamentos: __ __							NUTOMED____
59. Algum dos remédios incomoda o (a) Sr.(a) de alguma forma? (0) Não - PULA PARA 61 (1) Sim (8) NSA (9) IGN							REMEDINC____
60. Pode me dizer qual(is) remédios(s) (quanto e como incomoda o Sr. (a))?							
Nome do Remédio	O quanto ele incomoda o Sr. (a)?			Em que ele incomoda o Sr. (a)			
	Muito	Um pouco	Não muito				
1. _____ _____					REMED1____ INCREMED1____ QINCOM		
2. _____ _____					REMED2____ INCREMED2____ QINCOME1		
3. _____ _____					REMED3____ INCREMED3____ QINCOMED3____		
4. _____ _____					REMED4____ INCREMED4____ QINCOMED4____		

5. _____					REMEDI5____ INCREMEDI5____ QINCOMEDI5____
61. Agora vou ler alguns problemas que as pessoas têm ao tomar seus remédios e gostaria que o(a) Sr. (a) me dissesse se é "muito difícil", "um pouco difícil" ou se "não é difícil" fazer cada uma das tarefas.					
Tarefa	Muito difícil	Um pouco difícil	Não é difícil	Comentários (quais remédios)	
1. Retirar o remédio da embalagem					RETREM____
2. Ler a embalagem do remédio					LERREM____
3. Lembrar de tomar todos os remédios					LEMBREM____
4. Conseguir repor os remédios a tempo					CONSREM____
5. Tomar muitos remédios ao mesmo tempo					TOMUREM____
62. Como o(a) Sr. (a) consegue estes remédios na maioria das vezes?					
(1) No Posto de Saúde. Qual? _____					
(2) Na Secretaria Municipal de Saúde					
(3) Tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63, SE NÃO PULE PARA 64					REMAVZ____ REMAVZPS____
(4) Conseguiu parte da medicação e outra parte tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63					
(5) Outro: _____ (8) NSA (9) IGN					
63. Se teve que comprar, quanto gastou com medicação desde <ÚLTIMOS 30 DIAS>?					REMCOMP____
R\$: _____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN					_____'____
64. Teve algum remédio que o (a) Sr. (a) precisou tomar desde <ÚLTIMOS 30 DIAS> e não conseguiu?					RETONC____
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					
65. O(A) Sr. (a) caiu alguma vez desde <1 ANO ATRÁS> até agora?					QUEULTA____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 67 (1) Sim (9) IGN					
66. SE SIM - Quantas vezes? _____ vezes					QUEVZA____
(88) NSA (99) IGN					
67. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr. (a) quebrou ou fraturou algum osso?					FRAT____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 69 (1) Sim (9) IGN					
68. SE SIM - Quantas vezes? _____ vezes					FRATVZA____
(88) NSA (99) IGN					
69. Desde <4 ANOS ATRAS>, o(a) Sr. (a) precisou internar (baixar) em algum hospital?					INT4ANO____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 71 (1) Sim (9) IGN					
70. SE SIM, quantas vezes? _____ (nº de vezes)					INT4AVZ____
(8) NSA (9) IGN					
71. Desde <1 ANO ATRAS>, o(a) Sr. (a) precisou internar (baixar) em algum hospital?					INTEULTA____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 74 (1) Sim (9) IGN					
72. SE SIM, qual o motivo da última internação?					INTMOT____
_____ (8) NSA (9) IGN					
73. SE SIM, quantas vezes? _____ (nº de vezes)					INTULTMV____
(8) NSA (9) IGN					
74. Desde <1 ANO ATRAS>, o(a) Sr. (a) precisou passar a noite em algum hospital em observação (como paciente)?					NOIHOSUA____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 76 (1) Sim (9) IGN					
75. SE SIM, quantas vezes? _____ (nº de vezes)					NOIHOSVZ____
(8) NSA (9) IGN					
76. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) consultou para os olhos, com especialista de olhos, médico ou técnico? (excluindo os exames para fazer ou renovar carteira de motorista)					CONSOLHOS____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 78 (1) Sim (9) IGN					
77. Quando foi a última vez que o(a) Sr. (a) consultou para os olhos?					VICONSOLHT____

(0) Há menos de 1 ano (1) Entre 1 e 5 anos atrás (2) Há mais de 5 anos (9) Não lembra há quanto tempo (8) NSA (9) IGN	—
78. O(A) Sr. (a) usa óculos ou lente de contato? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 80 (1) Sim - Há quanto tempo? _____ anos (99) IGN	VISOCLEN____ VITEOCLEN____
79. Este óculos ou lente de contato foi receitado por profissional da saúde? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	VIOCLENMED____ —
80. O(A) Sr. (a) considera sua visão? (com ou sem óculos ou lente) <i>MOstrar CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	VISAO____
81. A sua visão atrapalha o(a) Sr. (a) para fazer as coisas que o(a) Sr. (a) precisa ou quer fazer? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VIATRP____
82. Como o(a) Sr. (a) considera a sua audição? (ouve bem? escuta bem?) (com ou sem a ajuda de aparelhos) <i>MOstrar CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	AUDI____
83. O(A) Sr. (a) usa aparelho para ouvir? (0) Não (1) Sim, há quanto tempo? _____ (meses) (9) IGN	AUDIAP____ AUDIAPTE____
84. A sua audição atrapalha o(a) Sr. (a) para as atividades que o(a) Sr. (a) precisa ou quer fazer? (0) Não (1) Sim (9) IGN	AUDIATRP____
85. Como o(a) Sr. (a) considera a situação da sua boca? <i>MOstrar CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	ODCA____
86. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) consultou com um dentista? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 90 (1) Sim (9) IGN	ODCONS____
87. Há quanto tempo foi a última consulta com o dentista? (1) Há menos de 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos atrás (3) Há mais de 5 anos (4) Não lembra há quanto tempo (8) NSA (9) IGN	ODCAULT____
88. Qual(is) o(s) principal(ais) motivo da última vez que o(a) Sr. (a) consultou com o dentista? (0) Rotina/manutenção (1) Estava com dor (2) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (3) Estava com cárie/restauração/obturação (4) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (5) Estava com o rosto inchado (6) Precisava fazer tratamento de canal (7) Precisava arrancar algum dente (8) Tinha que fazer uma dentadura nova (9) Outros _____ (88) NSA (99) IGN	ODMOTC1____ ODMOTC2____ ODMOTC3____ —
89. Onde o(a) Sr. (a) consultou com o dentista? (0) No Posto de Saúde - Qual? _____ (1) Dentista particular (2) Ambulatório de sindicato ou empresa (3) Dentista conveniado (9) Outro _____ (88) NSA (99) IGN	ODLOC____ PSQUAL____
90. O(A) Sr. (a) tem algum problema ou dificuldade para mastigar os alimentos? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ODIFMAS____
91. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> o(a) Sr. (a) precisou ficar na cama (esteve acamado)? (0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 93 (1) Sim (9) IGN	ACAM30D____
92. Por quanto tempo ficou acamado? ____ (meses) ____ (dias) (88) NSA (99) IGN	TEMACM____ TEMACD____

93. O(A) Sr.(a) alguma vez recebeu a visita de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua casa?					VISACS__
(0) Não→ PULAR PARA QUESTÃO 96 (1) Sim (9) IGN					
94. SE SIM, o(a) Sr.(a) recebeu visita do ACS em sua casa no:					VACS30D__
<NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> (0) Não					VACS30DV__
(1) Sim, __ __ vezes (8) NSA (9) IGN					
<DESDE 3 MESES ATRÁS> (0) Não					
(1) Sim, __ __ vezes (8) NSA (9) IGN					VACS3M__
					VACS3M__
95. Quais das atividades que eu vou ler, o ACS fez na sua casa?					
Preencheu uma ficha para seu cadastro	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	CAD__
Perguntou sobre sua situação de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	SITSAU__
Perguntou sobre uso de medicamentos	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	USOMED__
Entregou medicações ou material de curativo	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	ENTMED__
Orientou sobre vacinas	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	VACONS__
Orientou sobre a importância da limpeza da boca e da prótese	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	ORITBOCA__
Deu orientações sobre cuidados com a saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	ORITSAU__
Agendou consulta	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	AGENDCONS__
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA					
96. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu em casa algum dos seguintes atendimentos:					
Consulta médica?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECONMED__
Assistência social?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECASSISOC__
Fisioterapia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECIFIS__
Atendimento do dentista?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECATDENT__
Atendimento de enfermagem?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECATENF__
Verificação da pressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECATA__
Curativo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECCUR__
Injeção?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECINJ__
Aplicação de vacina contra gripe?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVAC__
Nebulização?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECNEB__
Sondagem vesical?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECSONVES__
Foi coletado material para exames (ex:sangue)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECOLEX__
Outro:					RECOU
SE SIM EM ALGUMA DAS PERGUNTAS ACIMA, APLICAR QUESTÕES 97, 98 e 99;					
SE NÃO PULAR PARA QUESTÃO 100					
Por qual motivo precisou de atendimento de saúde em casa?					MOTADAC__
Estava acamado	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	MOTADD
Estava com dificuldade de caminhar	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	MOTADSP__
Sua situação de saúde tinha piorado	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	MOTADSP__
Precisava de acompanhamento após a alta do hospital	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	MOTADNA__
Não tinha quem o(a) levasse até o posto de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	MOTIVOU
Outro:					
98. Quantas vezes recebeu atendimento de saúde em casa desde <3 MESES ATRÁS>? __ __					PREAD3M__
Quantas destas foram <NO ÚLTIMO MÊS>? __ __					PREADULM__
Quantas destas foram <NA ÚLTIMA SEMANA>? __ __ (88) NSA (99) IGN					PREADULS

99. O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento de algum:					
Profissional do posto de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	REPROPSAU__
Profissional particular	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	REPROFPAR__
Profissional do convênio	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	REPPROCON__
De algum familiar seu	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	REFAMILIAR__
De algum vizinho ou amigo	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	REVIZAMIGO__
Outro: _____					REAOUT__
100. Foi solicitado o atendimento em casa desde <3 MESES ATRÁS>?					
(0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 102 (9) IGN					SOLAD__
101. Por qual motivo não solicitou o atendimento em casa?					
O serviço não faz atendimento em casa	(0) Não	(1) Sim	(8) NS SA	(9) IGN	MONSADNF__
Não tem profissional para atender em casa	(0) Não	(1) Sim	(8) NS SA	(9) IGN	MONSADNTP__
O serviço não tem telefone ou não funciona	(0) Não	(1) Sim	(8) NS SA	(9) IGN	MONSADNTT__
Não tinha como ir marcar a consulta ou solicitar o atendimento	(0) Não	(1) Sim	(8) NS SA	(9) IGN	MONSADNTC__
Teve medo de solicitar e não ser atendido	(0) Não	(1) Sim	(8) NS SA	(9) IGN	MONSADTM__
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim	(8) NS SA	(9) IGN	MONSADMEL__
Outro: _____					MONSADOUT__
102. SE SIM: Onde solicitou o atendimento em casa?					
(0) Posto de Saúde. Qual? _____					ONSOLAD__
(1) Na Secretaria Municipal de Saúde					PSQUAL__
(2) No SAMU					
(3) No convênio ou plano de saúde					
(4) Em ambulatório ou serviço particular					SADOUT__
(5) Outro: _____ (8) NSA (9) IGN					
103. SE SIM: Quem fez a solicitação para atendimento em casa?					
O Sr.(a) mesmo	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	ADSOLS__
Algum familiar seu	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	ADSOLF__
Algum vizinho ou amigo	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	ADSOLVA__
O Agente Comunitário de Saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	ADSOLAC__
Outro: _____					ADSOLOU__
104. SE SIM: Como fez para solicitar?					
Através do telefone	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	FSOADSE__
Algum familiar ou vizinho foi até o serviço	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	FSOLSER__
Pediu para o ACS	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	FSOLACS__
Outro: _____					FSOLOU__
105. O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento solicitado?					
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 108 (1) Sim (8) NSA (9) IGN					RECEBEU__
106. Quantos dias se passaram entre a solicitação e a vinda dos profissionais na sua casa?					
____ (dias) (88) NSA (99) IGN					QTSOLAD__
107. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido em casa					OPINTEAD__

desta última vez?					
<i>MOstrar CARINHAS!</i>					
(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8) NSA (9) IGN					
108. SE NÃO: Por qual motivo não foi atendido?					
Não conseguiu ficha no serviço	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	MONRADF__
O serviço não atende em casa	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	MONRADNF__
Não teve resposta do serviço	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	MONRADNR__
O serviço não tinha profissional para atender	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	MONRADNTP__
O serviço estava fechado	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	MONRADPF__
Precisava pagar e não tinha dinheiro	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	MONRADNPP__
O telefone estava sempre ocupado	(0) Não	(1) Sim	(8) NS A	(9) IGN	MONRADTO__
() Outro: _____					MONRADOU__
109. SE NÃO RECEBEU: O que aconteceu com sua situação de saúde?					
(1) Continua na mesma situação (2) Melhorou (3) Piorou					PRENROQAC__
() Outro: _____ (8) NSA (9) IGN					
PARA OS QUE NÃO RECEBERAM ATENDIMENTO DOMICILIAR ENCERRAR AQUI E CONTINUAR COM QUESTÃO 126					
110. Quantas vezes o(a) Sr.(a) foi atendido em casa nos últimos três meses por pessoal do ...					
Posto de Saúde do seu bairro: ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVPSB__
Quantas vezes no último mês? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVPSBUM__
Quantas na última semana? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVPSBUS__
					ADQVPSOB__
Posto de Saúde de outro bairro: Qual? _____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVPSOBUM__
Quantas vezes no último mês? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVPSOBUS__
Quantas vezes na última semana? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVSAMU__
SAMU: ____ vezes			(88) NSA	(99) IGN	ADQVSAMUUM__
Quantas vezes no último mês? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVSAMUUS__
Quantas vezes na última semana? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVOU'__
Outro: _____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVOU'__
Quantas vezes no último mês? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVOUTU__
Quantas vezes na última semana? ____			(88) NSA	(99) IGN	ADQVOUTU__
AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA					
111. Quais os profissionais que lhe atenderam em casa desta última vez?					
Enfermeiro	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVENF__
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVTENF__
Médico	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVMED__
Dentista	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVOD__
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVFIS__

Nutricionista	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVNUT__
Psicólogo	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVPSI__
Educador Físico	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVEDFI__
Fonoaudiólogo	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVFON__
Assistente Social	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVASS__
Estudante(s)	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA	(9) IGN	ADUVEST__
Outro:					ADUVOUT__
112. O que foi feito com o(a) Sr.(a) durante o atendimento em casa desta última vez?					
Consulta médica	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADCMED__
Fizeram fisioterapia	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADFISIO__
Consulta de enfermagem	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADCENF__
Curativo	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADCUR__
Nebulização	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADNEB__
Aplicaram injeção	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADMEDIN__
Mediram a pressão arterial	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADMPA__
Mediram a temperatura	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADMTEM__
Trocaram a "bolsa" de ostomia	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADTBOL__
Colocaram / trocaram sonda uretral	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADTSON__
Colocaram / trocaram sonda nasogástrica / naso-enteral	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADSNG__
Fizeram dosagem de açúcar no sangue	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADDAS__
Aplicaram vacina contra gripe	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADVACG__
Aplicaram vacina contra o tétano	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADVACT__
Limpeza dos dentes	(0) Não	(1) Si m	(8) N SA	(9) IGN	ADLIMPD__
Obturação de dente	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IG N	ADOBD__
Extração de dente (arrancar)	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IG N	ADEXD__
Ajuste ou confecção de prótese, pivô, dentadura	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IG N	ADPPD__
Outro					ADOUT__
113. O(A) Sr(a) permaneceu em acompanhamento após este atendimento?					
(0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 115 (1) Sim (8) NSA (9) IGN					PEACAD__
114. Se SIM, o seu acompanhamento, na maior parte das vezes foi:					
Diário	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	READDI__
1 vez por semana	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	READUVS__
2 ou mais vezes por semana	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	READDVS__
1 vez a cada quinze dias	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	READUQD__
1 vez por mês	(0) Não	(1) Sim	(8) N SA	(9) IGN	READUVM__
Outra:					READOUT__
115. Durante este atendimento foi?					

(1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos) (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)	
128. Quando o(a) Sr.(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades: (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	ITOALET __
129. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda (0) Não sai da cama	ICADEIR __
130. Tem controle para fazer xixi ou cocô, o(a) Sr.(a): (2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar (1) Tem 'acidentes' ocasionais (0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda	ICAMIN __
131. Para se alimentar (para comer): (2) Alimenta-se sem ajuda (1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado por sonda	IALIMEN __
132. Para usar o telefone o(a) Sr.(a) ? (2) Não tem qualquer dificuldade (1) Pode fazer com dificuldade (0) Não consegue usar sozinho	ITELEF __
133. Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr.(a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue ir sozinho	ISAIR __
134. Para fazer suas compras, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	ICOMPR __
135. Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue preparar sozinho	ICOMIDA __
136. Para arrumar sua casa, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue arrumar sozinho	ILIMPEZ __
137. Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	IOBJPEQ
138. Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue tomar sozinho	IREMED
139. Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue cuidar sozinho	IDINHE __
140. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue andar sozinho	ICAQUA __
141. Para subir um lance de escada o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial	ILANCE __

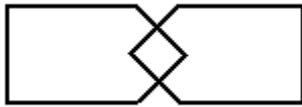
(0) Não consegue subir sozinho			
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU QUE PRECISA AJUDA PARCIAL OU GRANDE AJUDA NAS QUESTÕES ACIMA, APLIQUE A QUESTÃO 142. SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO 145.			
142. De quem o(a) Sr.(a) recebe ajuda na maioria das tarefas que o precisa? (1) Companheiro(a); esposo(a) - SE NÃO TEM COMPANHEIRO, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (2) Filho(a) - SE NÃO TEM FILHOS, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (3) Vizinho(a) (4) Amigos (5) Acompanhante pago - APLIQUE QUESTÃO 143 (6) Acompanhante não pago - PULE PARA QUESTÃO 144 (7) Outro (8) NSA (9) IGN			RECAJU ____
143. Se paga, quanto o(a) Sr.(a) paga por mês? R\$ ____ (reais) (888888) NSA (999999) IGN			PAGME ____
144. Quanto tempo (em horas) o(a) Sr.(a) recebe de ajuda durante o dia? ____ (horas) ____ (min) (00) menos de 1 hora (88) NSA (99) IGN			TEAJHD ____ TEAJMD ____
RELACIONAMENTO SOCIAL E REDE DE APOIO			
145. Durante uma semana normal, nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) saiu de casa (fora do prédio)? (0) Não saiu nenhum dia (1) Saiu todos os dias (2) Saiu 1 vez por semana (3) Saiu entre 2 a 4 vezes na semana (9) IGN			SAIUCASA ____
146. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar a sua família? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 148 (1) Sim (2) Não tem família - PULAR PARA 150, NÃO APLICAR 156 E 157 (9) IGN			VISFAM2S ____
147. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN			VISFAMFR ____
148. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, a sua família lhe visitou? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 150 (1) Sim (8) NSA (9) IGN			FAMVIS2S ____
149. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN			FAMVISFR ____
150. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar seus amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 152 (1) Sim (9) IGN			VISAMI2S ____
151. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN			VISAMFR ____
152. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, seus amigos lhe visitaram? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 154 (1) Sim (9) IGN			AMVIS2S ____
153. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN			AMVISFR ____
154. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, o(a) Sr.(a) teve contato por telefone ou por carta com seus parentes ou amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 156 (1) Sim (9) IGN			TELAM2S ____
155. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN			TELAMFR ____
156. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece ao Sr.(a)? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro (0) N (1) Si (8) NSA ____ ão m (9) IGN Moradia (0) N (1) Si (8) NSA ____ ão m (9) IGN			TIAJFAMOFD ____ TIAJFAMOFM ____

Companhia / cuidado pessoal	(0) N ão	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	TIAJFAMOFc TIAJFAMOFO
Outro: _____				
157. Que tipo de ajuda ou assistência o Sr(a) oferece para sua família? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado).				
Dinheiro	(0) N ão	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	TIAJOFFAMD TIAJOFFAMM
Moradia	(0) N ão	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	TIAJOFFAMC TIAJOFFAMO
Companhia / cuidado pessoal	(0) N ão	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	
Outro: _____				
158. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos?				
(8) O(A) entrevistado(a) diz não ter amigos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9) IGN				SATISRELAM —
159. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos				
(8) Entrevistado(a) diz não ter relação com os vizinhos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9) IGN				SATISRELVIZ —
160. O(A) Sr.(a) tem algum animal de estimação em sua casa?				
(0) Não- PULE PARA QUESTÃO 162 (1) Sim (9) IGN				ANIESTI__
161. SE SIM, QUAL?				
Gato	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	ANIESTI1__
Cachorro	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	ANIESTI2__
Passarinho	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	ANIESTI3__
Cavalo	(0) Não	(1) Si m	(8) NSA (9) IGN	ANIESTI4__
Outro: _____				
162. <NA SEMANA PASSADA> o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas?				
Vizinhos/ amigos	(0) Nã o	(1) Sim	(9) IGN	RECVISVIZAM RECVISIR__
Irmão(ã)	(0) Nã o	(1) Sim	(9) IGN	RECVISF__
Filho(a) - SE NÃO TIVER NÃO PERGUNTAR!	(0) Nã o	(1) Sim	(9) IGN	RECVISOURFA RECVISOUT
Outros familiares (sobrinhos, netos)	(0) Nã o	(1) Sim	(9) IGN	
Outros: _____				
163. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) assistiu televisão?				
(0) Não- PULE PARA QUESTÃO 166 (1) Sim (9) IGN				ASSISTV__
164. Quando o(a) Sr.(a) assiste televisão, o que gosta de ver?				
Filme	(0) Nã o	(1) Sim	(8) N SA (9) IGN	ASSISTV1__
Novela	(0) Nã o	(1) Sim	(8) N SA (9) IGN	ASSISTV2__
Noticiário	(0) Nã o	(1) Sim	(8) N SA (9) IGN	ASSISTV3__
Jogos	(0) Nã o	(1) Sim	(8) N SA (9) IGN	ASSISTV4__
Outro: _____				
165. Quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr.(a) costuma assistir televisão?				
____ horas ____ min (88) NSA (99) IGN				HORTVDIA__ MINTVDIA__
166. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) fez alguma destas atividades?				
Foi a missa ou culto na igreja	(0) Nã	(1) Sim	(9) IGN	MISSA__

Participou de festa na comunidade	☐ (0) Não ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	FESCOM __
Participou de festa da família	☐ (0) Não ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	FESFA __
Participou de alguma oficina ou grupo	☐ (0) Não ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	OFIMI __
Participou de algum baile	☐ (0) Não ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	BAILE __
Viajou para outra cidade	☐ (0) Não ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	VIAJ __
Viajou de excursão	☐ (0) Não ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	EXC __
Foi a algum velório ou enterro	☐ (0) Não ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	VELENT __
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA		
167. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. ____ dias ☐ (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 169 ☐ (9) IGN	IA __	
168. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia? __ __ __ minutos p/dia ☐ (888) NSA ☐ (999) IGN	MINCA __ __ __	
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA		
169. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades FORTES, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ... ____ dias/semana ☐ (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 171 ☐ (9) IGN	FORDIA __	
170. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia? __ __ __ minutos p/dia ☐ (888) NSA ☐ (999) IGN	MINFOR __ __ __	
171. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. ____ dias ☐ (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 173 ☐ (9) IGN	IMEDIA __	
172. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia? __ + __ + __ + __ + __ = __ __ __ minutos p/dia ☐ (888) NSA ☐ (999) IGN	IMIND __ __	
173. Em relação a <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está: (1) Menor (2) Igual - PULE PARA QUESTÃO 175 (3) Maior ☐ (9) IGN	MAFPAS __	
174. Qual o principal motivo da mudança na sua prática de atividade física ou exercício físico? _____ ☐ (88) NSA ☐ (99) IGN	MMOTIV __ __	
175. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não- PULE PARA A QUESTÃO 182 ☐ (1) Sim ☐ (9) IGN	RECORAFANO __ __	
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A ÚLTIMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA		
176. Onde o(a) Sr(a) recebeu essa orientação?	MONREC	

(01) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde (02) Ambulatório público (SUS ou faculdade) (03) Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa (04) Consultório particular/plano de saúde (05) Academia (06) Meios de comunicação (jornal, revista, internet, rádio, televisão) () Outro _____ (88) NSA (99) IGN	
177. Quem lhe orientou? (01) Médico(a) (02) Professor(a) de Educação física (03) Nutricionista (04) Fisioterapeuta (05) Enfermeiro(a) () Outro _____ (88) NSA (99) IGN	MQUEMOR ____ ____
178. Qual atividade física foi orientada? (01) Caminhada (02) Corrida (03) Hidroginástica (04) Natação () Outro _____ (88) NSA (99) IGN	MQAFOR ____ ____
179. O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre quantas vezes por semana a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ser feita? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MORVEZSEM ____ ____
180. O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre o tempo que a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ter? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MORTEMP ____ ____
181. Depois das orientações recebidas, sua atividade física: (1) Aumentou (2) Diminuiu (3) Não mudou (8) NSA (9) IGN	MMUD ____ ____
182. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) procurou, buscou orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não → PULE PARA QUESTÃO 184 (1) Sim (9) IGN	MPROCOR ____ ____
183. Se sim: Onde? (01) Meios de comunicação (jornal, revista, televisão, internet, rádio) (02) Serviço de saúde (03) Academia (04) Trabalho (05) Outro _____ (88) NSA (99) IGN	MONDPROC ____ ____
184. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou - PULE PARA QUESTÃO 187 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há _____ anos _____ meses (9) IGN	FUMO ____ TPAFA ____ TPAFM ____
185. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)? ____ anos ____ meses (88) NSA (99) IGN	TFUMA ____ TFUMM ____
186. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ____ cigarros (88) NSA (99) IGN	CIGDI ____ ____
187. O(A) Sr.(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não - PULE PARA QUESTÃO 192 (9) IGN	BEAL30D ____ CRBBALC ____
188. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	CAGE1 ____ CRCAG1 ____
189. As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	CAGE2 ____ CRCAG2 ____
190. O(A) Sr.(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	CAGE3 ____ CRCAG3 ____
191. O(A) Sr.(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	CAGE4 ____ CRCAG4 ____

(1) Sim	(2) Não	(8) NSA	(9) IGN	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS				
192. O(A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?		(0) Não (1) Sim		ISATIS __
193. O(A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?		(0) Não (1) Sim		IINTER __
194. O(A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?		(0) Não (1) Sim		IVAZIA __
195. O(A) Sr.(a) se aborrece com frequência?		(0) Não (1) Sim		IABORR __
196. O(A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?		(0) Não (1) Sim		IHUMOR __
197. O(A) Sr.(a) tem medo que algo ruim lhe aconteça?		(0) Não (1) Sim		IMEDO __
198. O(A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?		(0) Não (1) Sim		IFELIZ __
199. O(A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?		(0) Não (1) Sim		ISAIDA __
200. O(A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		(0) Não (1) Sim		IPREFE __
201. O(A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		(0) Não (1) Sim		IMEMOR __
202. O(A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo(a)?		(0) Não (1) Sim		IVIVO __
203. O(A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?		(0) Não (1) Sim		INUTIL __
204. O(A) Sr.(a) se sente cheio de energia?		(0) Não (1) Sim		IENER __
205. O(A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?		(0) Não (1) Sim		ISEMES __
206. O(A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr.(a) ?		(0) Não (1) Sim		IMELHO __
AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O SR. (A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.				
207. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos? O dia da semana: _____ O dia do mês: _____ O mês: _____ O ano: _____ A hora aproximada: _____:_____				DIAS __ DIAM __ MÊS __ ANO __ HORA __ OTEMP __
208. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos? A cidade () Bagé () outra () não sabe O bairro: _____ () outro () não sabe O estado () RS () outro () não sabe O país () Brasil () outro () não sabe A peça da casa/apto: _____ () outra () não sabe SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE: Em que lado da sua casa estamos? _____ () outro () não sabe				CIDADE __ BAIRRO __ ESTADO __ PAÍS __ PEÇA __ OESPA
209. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO. O(A) Sr.(a) poderia repetir para mim? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe				CARRO __ VASO __ TIJOLO __
REPITA AS RESPOSTAS ATÉ O INDIVÍDUO APRENDER AS TRÊS PALAVRAS (5 TENTATIVAS)				
210. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é: 1. 100 - 7: _____ 2. 93 - 7: _____ 3. 86 - 7: _____				CONTA __

4. 79 - 7: _____	
5. 72 - 7: _____	
211. O(A) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe	CARRO1 ____ VASO1 ____ TIJOLO1 ____
212. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR> Um lápis (padrão): () lápis () outro Um relógio de pulso () relógio () outro	LAPIS ____ RELO ____
213. Eu vou dizer uma frase: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". O(A) Sr.(a) poderia repetir? () repetiu () não repetiu	REPET ____
214. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções: PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E SOMENTE DEPOIS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS. Pegue este papel com a mão direita () cumpriu () não cumpriu Dobre ao meio com as duas mãos () cumpriu () não cumpriu Coloque o papel no chão () cumpriu () não cumpriu	ETAPA1 ____ ETAPA2 ____ ETAPA3 ____
215. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita. O(A) Sr.(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que a frase diz. Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil. MOSTRAR A FRASE NA CARTELA "FECHE OS OLHOS" () realizou tarefa () não realizou tarefa () outro	LEI ____
216. O(A) Sr.(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase: ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA LINHA A SEGUIR (ANTES DO DESENHO)	FRASE ____
217. E para terminar esta parte, eu gostaria que o(a) Sr.(a) copiasse esse desenho: MOSTRAR DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR AO LADO	PRAXIA ____
ESPAÇO DESTINADO PARA A FRASE 	TOTAL ____
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS VEZ, QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUÍLO(A) E INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.	
218. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem:	
Aspirador de pó? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ASP ____
Máquina de lavar roupa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	LAV ____
Videocassete ou DVD? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VDVD ____
Geladeira? (0) Não (1) Sim (9) IGN	GEL ____
Freezer ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim (9) IGN	FRDU ____
Forno de microondas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	MICR ____
Microcomputador? (0) Não (1) Sim (9) IGN	MICROCOMP ____
Telefone fixo? (convencional) (0) Não (1) Sim (9) IGN	TELFIX ____
219. Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem...? Quantos?	
Rádio (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	RAD ____
Televisão preto e branco (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVPB ____
Televisão colorida (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVCOL ____

Automóvel (somente de uso particular) (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	AUT__
220. Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) SIM, quantos? __	EMPDOM__ EMPDOMQT__
221. Quantas pessoas moram nessa casa? __ __ pessoas (99) IGN	QTMOCASA__
222. Quantas peças são usadas para dormir? __ __ peças (99) IGN	QTPECDOR__
223. Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). __ __ banheiros (99) IGN	QTBANCA__
224. Qual a escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9) IGN	ESCPESMREND__
225. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 2: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 3: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 4: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 5: R\$ __ __ __ __ __ por mês (00000) Não possui renda (88888) NSA (99999) IGN	BRF1__ __ __ __ __ BRF2__ __ __ __ __ BRF3__ __ __ __ __ BRF4__ __ __ __ __ BRF5__ __ __ __ __
226. A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim - Quanto? R\$ __ __ __ __ __ por mês (99999) IGN	OUTFREN__ OUTQT__ __ __ __ __
PARA O PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR: O questionário foi respondido: (1) Todo pelo(a) idoso(a), sem ajuda (2) Todo pelo(a) idoso(a), com ajuda (3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa (4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa (5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa	QUERESP__
Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs	

ENCERRE O QUESTIONÁRIO E AGRADEÇA A COLABORAÇÃO



Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Pelotas, RS.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa para avaliar a assistência domiciliar a idosos prestada pelos serviços de atenção básica à saúde no município de Bagé e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Bagé, ____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____

Rua Marechal Deodoro, N° 1160 - 3° piso - CEP 96020-220- Pelotas/RS

Fone/Fax: (053) 32841300



**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bagé, julho de 2008.

Prezado Sr.(a),

Nós, da Universidade Federal de Pelotas, estamos realizando uma pesquisa para avaliar a assistência domiciliar prestada aos idosos pelos serviços de atenção básica à saúde. Todas as informações serão coletadas através de um questionário e terão caráter sigiloso e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou remédio ou exames laboratoriais. Sua participação é muito importante para podermos conhecer a situação de saúde da população com mais de 60 anos de Bagé. Gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar e caso concorde em participar do estudo solicitamos a gentileza de assinar o Termo de autorização abaixo,

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone 9981-0702 com Elaine Thumé.

Atenciosamente,

Elaine Thumé
Coordenadora da Pesquisa

ANEXO-2

**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.**

LIBERAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Eu, **Elaine Thumé**, autorizo que **Andréia Simone Ferreira Bretanha**, aluna do Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e minha orientanda, utilize o banco de dados do Projeto de Pesquisa “Saúde do Idoso: Situação epidemiológica e utilização dos serviços de saúde de Bagé RS.”(COCEPE 406.00.036) para o desenvolvimento de sua dissertação.

Pelotas, junho de 2012.

Elaine Thumé
Coordenadora do Projeto

ANEXO-3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 015/08

Pelotas, 26 de agosto de 2008.

Ilmo.Sr.
Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Projeto: **"Assistência Domiciliar a Idosos: Determinantes da Necessidade e o Desempenho dos Serviços de Atenção Básica".**

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, em reunião de 22 de agosto de 2008, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.


Profª. Maria Elizabeth de O. Urutiaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

