

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

LILANE MARIA ALVES SILVA

**INDICATIVO DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DA
COMUNIDADE URBANA**

UBERABA - MG

2013

LILANE MARIA ALVES SILVA

**INDICATIVO DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DA
COMUNIDADE URBANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, na área de concentração “Atenção à Saúde das Populações”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues.

UBERABA - MG

2013

LILANE MARIA ALVES SILVA

**INDICATIVO DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DA
COMUNIDADE URBANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, na área de concentração “Atenção à Saúde das Populações” da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, ____ de _____ de 2013.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Toyoko Saeki
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Universitária, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)

A474i Alves, Lilane, Maria, 1980-
Indicativo de depressão e fatores associados em idosos da comunidade urbana/Lilane Maria Alves. -- 2013.
95f.; il.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues.

1. Depressão. 2. Idoso. 3. Atividade motora. 4. Atividades cotidianas. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.89

Dedico este trabalho aos meus pais, Luiz Antônio (*in memoriam*) e Maria Aparecida, como expressão de gratidão e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me conduzido até aqui.

A todos os meus familiares, meus pais, Luiz Antônio e Maria Aparecida, e meu irmão Luís Gustavo pelo estímulo constante.

Ao Elton, pelo incentivo e apoio nesta caminhada.

À professora Dra. Leiner Resende Rodrigues, orientadora deste trabalho, pelo acolhimento, compreensão, oportunidade de crescimento e amizade edificada.

À professora Dra. Toyoko Saeki, pela disponibilidade, contribuição e atenção dispensadas.

À professora Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares, pelo acompanhamento e colaboração permanente.

Ao professor Dr. Vanderlei Haas, pelos ensinamentos.

Ao programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde e a todos os professores que generosa e competentemente compartilharam seus saberes.

Aos colegas do mestrado, obrigada pelo convívio e oportunidade valiosa de aquisição de conhecimentos.

Às amigas Ângela das Graças Gonçalves e Nayara Martins, pelo incentivo e apoio.

À bibliotecária Ana Paula Azevedo, pelo auxílio nas normas bibliográficas.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pela presteza e atenção.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por possibilitar a consecução desta etapa.

Aos idosos que participaram do estudo, pela disponibilidade infinita e experiência de vida singular a mim proporcionada.

RESUMO

SILVA, Lilane Maria Alves. **Indicativo de depressão e fatores associados em idosos da comunidade urbana**. 2013. 95f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

O envelhecimento humano traz consigo transformações de ordens diversas e tem se associado à manifestação de doenças crônicas não transmissíveis. Dentre essas doenças, a depressão impacta, substancialmente, a independência e a autonomia dos idosos. Este estudo objetivou descrever o perfil sociodemográfico e econômico, a capacidade funcional, as morbidades autorreferidas e o nível de atividade física entre os idosos com e sem indicativo de depressão; comparar as características sociodemográficas, econômicas, capacidade funcional, morbidades autorreferidas e nível de atividade física entre idosos com e sem indicativo de depressão; e verificar os fatores associados ao indicativo de depressão em idosos da comunidade urbana. Caracterizou-se como estudo observacional, transversal e analítico, cuja amostra foi composta por 980 idosos residentes na área urbana do município de Uberaba, MG, os quais foram divididos em dois grupos: 250 indivíduos com indicativo de depressão e 730 sem indicativo de depressão. Os dados foram coletados com uso de questionário aplicado em forma de entrevista, contendo informações referentes a características sociodemográficas, a morbidades autorreferidas, à presença de declínio cognitivo e de sintomatologia depressiva, à capacidade funcional e ao nível de atividade física. Para tanto, foram utilizados os instrumentos: Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ), Miniexame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS 15), Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody e Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão longa para idosos. Para análise de dados, foi utilizada estatística descritiva (mediana, máximo e mínimo) e inferencial (Qui-quadrado e regressão logística binária), por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, considerando o nível de significância $p < 0,1$. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, sob protocolo nº 2265. Em ambos os grupos, com e sem indicativo de depressão, os maiores percentuais concentraram-se em idosos do sexo feminino, na faixa etária de

70 | 80 anos, com 1 | 5 anos de estudo, que moravam acompanhados, com renda individual de até um salário-mínimo, número de morbidades igual ou superior a cinco, nível de atividade física suficiente e incapacidade funcional para o desempenho de Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Referente ao estado conjugal, entre aqueles com indicativo de depressão, predominaram os viúvos. Já entre os sem indicativo, houve maior percentual de idosos que moravam com esposo(a) ou companheiro(a). A proporção de idosos com indicativo de depressão correspondeu a 25,5%. Na análise ajustada, permaneceram como preditores do indicativo de depressão: baixa renda; incapacidade funcional para realização de ABVDs e AIVDs; e a presença de cinco ou mais morbidades.

Descritores: Depressão. Idoso. Atividade motora. Atividades cotidianas.

ABSTRACT

SILVA, Lilane Maria Alves. **Indication of depression and associated factors in elderly living in urban community**. 2013. 95f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

Human aging brings several changes and has been associated with the manifestation of chronic non-communicable diseases. Among these diseases, depression impacts substantially on the independence and autonomy of the elderly. This study aimed to describe socio-demographic and economic profile, functional capacity, self-reported morbidity and reported level of physical activity among elderly with and without indication of depression; to compare the socio-demographic characteristics, functional ability, self-reported morbidity and level of physical activity among elderly with and without indication of depression; and to identify factors associated with the indication of depression in elderly living in urban community. This was an observational, cross-sectional and analytical study, whose sample consisted of 980 elderly residents in the urban area of the municipality of Uberaba, MG, which were divided into two groups: 250 individuals with indication of depression and 730 with no indication of depression. Data were collected using a questionnaire applied as an interview, containing information regarding socio-demographic characteristics, self-reported morbidities, presence of cognitive decline and depressive symptoms, functional capacity, and physical activity level. For this, the following instruments were used: Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ), Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS 15) – short form, Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), Lawton and Brody Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, International Physical Activity Questionnaires Long Form (IPAQ-LF) for the elderly. For data analysis we used descriptive statistics (median, maximum and minimum), and inferential statistics (Chi-square and binary logistic regression), using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 17.0, considering the significance level of $p < 0.1$. The project was approved by the Ethics in Human Research Committee of the Federal University of Triangulo Mineiro (UFTM), under protocol # 2265. In both groups, the highest percentages were concentrated in older women, aged 70 | 80 years, with 1 | 5 years of schooling, living together with a partner, individual income

of up to one minimum wage, number of comorbidities greater than or equal to five, sufficient level of physical activity and functional disability to perform Basic Activities of Daily Living (BADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). Regarding the marital status, among those with indication of depression predominated widowers. Among those with no indication, there was a higher percentage of elderly living with spouse or partner. The proportion of people indicating depression accounted for 25.5%. In the adjusted analysis, predictors of the indication of depression remained as: low income, disability to perform BADLs and IADLs, and the presence of five or more morbidities.

Descriptors: Depression. Aged. Motor Activity. Activities of Daily Living.

RESUMEN

SILVA, Lilane Maria Alves. Indicador de depresión y los factores asociados en ancianos que viven en la comunidad urbana. 2013. 95f. Disertación (Maestría en Salud) – Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

El envejecimiento humano trae consigo varios cambios y se ha asociado con la manifestación de las enfermedades crónicas no transmisibles. Entre estas enfermedades, la depresión afecta considerablemente a la independencia y la autonomía de los ancianos. Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil socio-demográfico y económico, la capacidad funcional, la morbilidad auto informada y el nivel de actividad física auto informado en los ancianos con y sin indicador de depresión; comparar las características sociodemográficas, la capacidad funcional, la morbilidad auto informada y el nivel de actividad física en los ancianos con y sin indicador de depresión; e identificar los factores asociados con el indicador de depresión en ancianos que viven en comunidades urbanas. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, cuya muestra estuvo constituida por 980 ancianos residentes en el área urbana del municipio de Uberaba, MG, los cuales se dividieron en dos grupos: 250 individuos con indicador de depresión y 730 con ningún indicador de depresión. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario aplicado en forma de entrevista, que contiene información sobre las características socio-demográficas, morbilidad auto informada, presencia de deterioro cognitivo y síntomas depresivos, capacidad funcional y nivel de actividad física. Para esto, se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional de Brasil (BOMFAQ), Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Escala de Depresión Geriátrica (GDS 15) - formulario abreviado, Índice de Katz de independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ADL), Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) – versión larga para ancianos. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva (mediana, máxima e mínima), y estadística inferencial (Chi-cuadrado y regresión logística binaria), utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 17.0, teniendo en cuenta el nivel de significación de $p < 0.1$. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de Triangulo

Mineiro (UFTM), bajo protocolo No. 2265. En ambos grupos, los porcentajes más altos se concentran en las mujeres de edad, de 70 |80 años, con 1 |5 años de escolaridad, que viven con un cónyuge, ingreso individual de hasta un salario mínimo, número de comorbilidades mayores que o igual a cinco, nivel suficiente de actividad física y discapacidad funcional para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Cuanto al estado civil, entre los que tienen indicación de depresión, viudos predominaron. Entre los que no tienen indicación, hubo un mayor porcentaje de ancianos que viven con su cónyuge. La proporción de personas que indican depresión representó el 25,5%. En el análisis ajustado, se mantuvieron como predictores del indicador de depresión: bajos ingresos, incapacidad para realizar ABVDs e AIVDs, y la presencia de cinco o más morbilidades.

Descriptores: Depresión. Anciano. Actividad Motora. Actividades Cotidianas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Composição absoluta da população, por idade e sexo - Brasil (1960)	19
Figura 2 -	Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (Projeção 2060).....	19
Quadro 1 -	Alterações psicopatológicas da sintomatologia depressiva	22
Quadro 2 -	Medicamentos antidepressivos e possíveis efeitos adversos	28
Figura 3 -	Distribuição da porcentagem de dependência para ABVDs, em idosos com e sem indicativo de depressão, residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013	51
Figura 4 -	Distribuição da porcentagem de dependência para AIVDs, em idosos com e sem indicativo de depressão, residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas e suas associações, segundo o indicativo de depressão de idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013	47
Tabela 2 -	Distribuição da frequência das variáveis de capacidade funcional e nível de atividade física e suas associações com o indicativo de depressão em idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013	49
Tabela 3 -	Nível de atividade física, segundo o indicativo de depressão de idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013	54
Tabela 4 -	Distribuição da frequência do número de morbidades, segundo o indicativo de depressão em idosos residentes na área urbana de Uberaba – MG, 2013	55
Tabela 5 -	Distribuição da frequência de morbidades referidas pelos idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, segundo o indicativo de depressão, 2013	57
Tabela 6 -	Distribuição da razão de chances brutas e ajustadas das variáveis sociodemográficas, de funcionalidade e hábito de vida e morbidades dos idosos com e sem indicativo de depressão residentes na zona urbana do município de Uberaba – MG, 2013 ...	58

LISTA DE SIGLAS

AAVDs – Atividades avançadas de vida diária

ABVDs – Atividades básicas de vida diária

AIVDs – Atividades instrumentais de vida diária

AVDs – Atividades de vida diária

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças 10ª edição

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição,
texto revisado

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

GDS-15 – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMAOS - Inibidores das monoaminoxidases

IPAQ – Questionário Internacional de Atividades Físicas

MEEM – Miniexame do estado mental

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	18
1.2	DEPRESSÃO: CONCEITOS, EPIDEMIOLOGIA E SINTOMATOLOGIA.....	21
1.2.1	Fatores de risco para a depressão	23
1.2.2	Diretrizes diagnósticas da depressão	24
1.2.3	Instrumentos de rastreio da depressão	26
1.2.4	Tratamento da depressão	27
1.3	DEPRESSÃO NO IDOSO.....	29
1.4	DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM COMORBIDADES, CAPACIDADE FUNCIONAL E ATIVIDADE FÍSICA.....	32
2	HIPÓTESE	37
3	OBJETIVOS	38
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
4.1	TIPO DO ESTUDO E LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	39
4.2	DEFINIÇÃO DA AMOSTRA.....	39
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	40
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	40
4.5	COLETA DE DADOS.....	40
4.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	42
4.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	43
4.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	43
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6	CONCLUSÃO	63
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	65
	ANEXOS	76
	ANEXO 1-	76
	ANEXO 2-	78
	ANEXO 3-	79

ANEXO 4 -	81
ANEXO 5 -	82
ANEXO 6 -	84
ANEXO 7 -	85
ANEXO 8 -	89
ANEXO 9 -	94

1 INTRODUÇÃO

O primeiro tópico desta seção aborda aspectos gerais da transição demográfica e epidemiológica e sua evolução distinta entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Ao discorrer sobre as doenças crônicas não transmissíveis, dá-se ênfase à depressão, cujas características são descritas no segundo item. O terceiro tópico destaca a depressão nos idosos e suas particularidades nessa população específica. A última parte da seção expõe a relação da depressão com capacidade funcional, atividade física e comorbidades.

1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

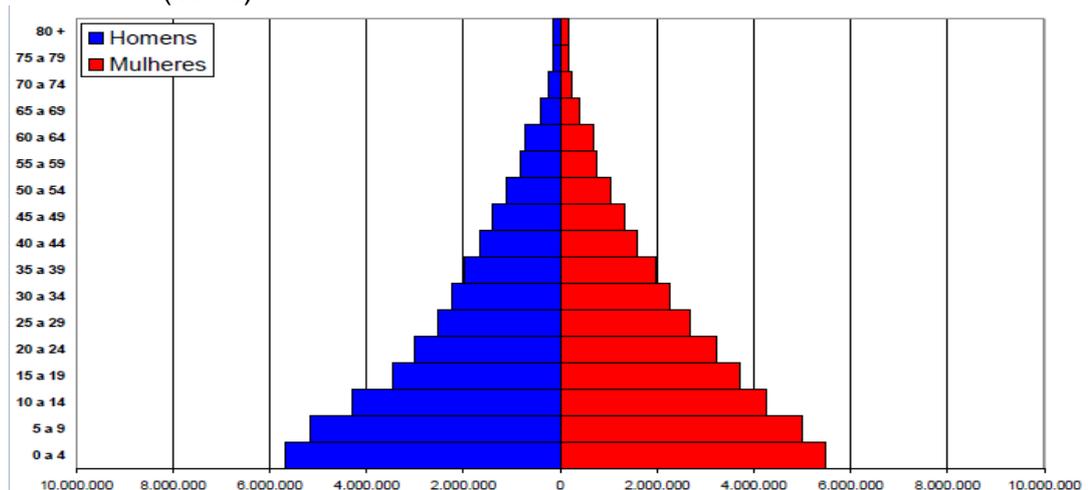
O envelhecimento populacional no mundo tem ocorrido de maneira expressiva. As estimativas apontam que, em 2050, existirão aproximadamente dois bilhões de pessoas no mundo com 60 anos ou mais, sendo a maior parte residentes em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007). De 1960 até 2008, houve um acréscimo de 700% no número de idosos no país (VERAS, 2009). Esse aumento é especialmente notório entre aqueles considerados mais idosos, com 80 anos ou mais, perfazendo o segmento populacional que mais se multiplica no país nos últimos tempos (BRASIL, 2007; MINAYO, 2012). Um país é definido como estruturalmente envelhecido quando a proporção de idosos ultrapassa 7% da população total, com tendência a aumento desse percentual (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). A definição de idoso adotada no país baseia-se na idade cronológica. São considerados idosos indivíduos com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003). No município de Uberaba, local de realização desta pesquisa, a proporção de idosos chega a 12,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) e no Estado de Minas Gerais, a 13,1% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Os percentuais do município e do Estado são superiores ao quantitativo do país. O Brasil contabiliza hoje mais de 23 milhões de idosos, correspondendo a 12,1% da população total da nação (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

No Brasil, o aumento no número de idosos tem acontecido como resposta ao decréscimo permanente de taxas de fecundidade e de mortalidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012), com consequentes reflexos

sobre o aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2007). Todavia, a conquista dessa longevidade está muito mais relacionada com intervenções médico-sanitárias do que com melhoras das condições de vida da população, predominando um contexto de desigualdades socioeconômicas (LEBRÃO, 2007).

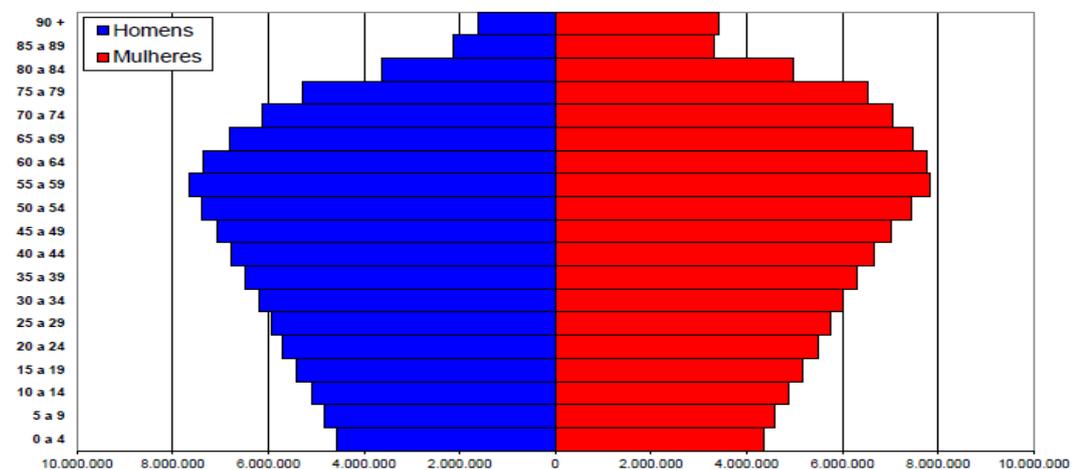
A Figura 1 mostra a composição da população brasileira, segundo idade e sexo em 1960, e a Figura 2 aponta as projeções para a mesma composição em 2060. No ano de 1960, havia uma elevada proporção de jovens, evidenciada pela base larga na pirâmide etária, em relação ao menor número de idosos, realçado pelo ápice. Porém, a projeção para 2060 indica o acréscimo do número de adultos e idosos associado à diminuição do número de jovens, evidenciando a tendência à inversão da pirâmide demográfica.

Figura 1 - Composição absoluta da população, por idade e sexo - Brasil (1960)



Fonte: IBGE, 1960.

Figura 2 - Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (Projeção 2060)



Fonte: IBGE, Pirâmide etária Brasil, Projeção 2060.

Diferentemente dos países desenvolvidos, cujo envelhecimento ocorreu após a vigência de melhores condições de vida da população em uma realidade socioeconômica mais equilibrada, o envelhecer no Brasil tem acontecido de maneira acelerada, com dificuldades de ajuste às novas demandas sociais e sanitárias (BRASIL, 2007).

A teoria da transição demográfica estabelece a passagem progressiva dos países por quatro estágios de dinâmica populacional. Na primeira fase, denominada “pré-industrial” ou “primitiva”, prevalecem, concomitantemente, taxas elevadas de mortalidade e natalidade. Na segunda fase, intitulada “intermediária de divergência de coeficientes”, o crescimento acelerado da população deve-se à redução significativa da mortalidade e à manutenção da natalidade em nível mais alto. Na terceira fase, “intermediária de convergência de coeficientes”, a natalidade decresce em velocidade mais acelerada que a mortalidade, resultando em limitação progressiva no ritmo de crescimento populacional. Na fase denominada “moderna” ou de “pós-transição”, os coeficientes se aproximam, só que em níveis muito baixos. Atingido este período, a população se estabiliza e o crescimento populacional permanece zerado, ou seja, os valores de fecundidade ficam próximos ao nível de reposição (PEREIRA, 2008). Tal transição, que levou mais de 200 anos para se consolidar na Europa Ocidental, tem ocorrido em poucas décadas na América Latina (LEBRÃO, 2007).

Aliada a essas tendências demográficas do envelhecimento, a sociedade brasileira também vivencia um novo padrão nosológico. Como os indivíduos têm vivido cada vez mais, surgem as doenças crônicas não transmissíveis. Sabe-se que grande parte dessa longevidade teve contribuição das ciências de saúde e de seus avanços tecnológicos, possibilitada pela cobertura dos serviços de saúde (PEREIRA, 2008). Anualmente, 650 mil indivíduos chegam à velhice, a maior parte com doenças crônicas não transmissíveis e alguns com limitações funcionais. Em menos de meio século, o Brasil tem passado de um panorama de mortalidade característico de uma população jovem para um cenário de doenças complexas que perduram durante anos e até então eram peculiares dos países longevos (LEBRÃO, 2007). Todavia, como essa transição ainda está em curso e tem sido acompanhada por poucas mudanças estruturais, continua a se observar um quadro epidemiológico misto, caracterizando a terceira fase da transição epidemiológica (PEREIRA, 2008).

Assim, verifica-se, no Brasil, a coexistência de padrões sanitários característicos de sociedades pouco desenvolvidas, com presença de condições infectoparasitárias e agravos externos, e perfis de saúde já alcançados por sociedades desenvolvidas, com predomínio de afecções relacionadas ao envelhecimento. Apesar desse padrão nosológico misto, tem sido observada a substituição gradativa desse quadro (PEREIRA, 2008).

Portanto, como resultado do aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, do número de idosos, ampliam-se as doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações (VERAS, 2007). Atualmente, o envelhecimento tem sido associado às doenças crônicas não transmissíveis (VERAS, 2009).

Emprega-se o termo doenças crônicas não transmissíveis para as afecções que apresentam evolução longa e que são resultado de um processo multifatorial e cumulativo. Em geral, essas condições cursam com sintomatologia permanente, intervalando fases assintomáticas e agudas (PEREIRA, 2008). Na velhice, esse processo pode se revelar de forma expressiva e, com frequência, pode haver a associação de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando as comorbidades (BRASIL, 2007). Dentre essas morbidades, evidencia-se a depressão, cuja prevalência na velhice é alta (SNOWDON, 2002). A doença traz consigo repercussões importantes na vida do idoso (SADOCK; SADOCK, 2010), como diminuição da qualidade de vida, acentuação do declínio funcional e o aumento da mortalidade (FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009).

1.2 DEPRESSÃO: CONCEITOS, EPIDEMIOLOGIA E SINTOMATOLOGIA

A depressão é um distúrbio mental com etiologia complexa e diversa (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012) e envolve aspectos psíquicos, fisiológicos e comportamentais (DEL PORTO, 1999). É considerada um problema de saúde pública que afeta aproximadamente 350 milhões de pessoas no mundo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012) e pode prejudicar as práticas interpessoais do indivíduo (SADOCK; SADOCK, 2010). Estima-se que 4,1% da população brasileira tenha diagnóstico de depressão (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

As manifestações apresentadas na depressão compõem-se por alterações que interferem na afetividade, na psicomotricidade e nas funções cognitivas e

vegetativas (MORENO; SOARES, 2003). Quadro 1 mostra os principais aspectos psicopatológicos da depressão.

Quadro 1 - Alterações psicopatológicas da sintomatologia depressiva

Funções psíquicas	Alterações psicopatológicas
Funções afetivo-volitivas	
Afetividade	Exaltação afetiva Rigidez afetiva
Conação	Hipobulia/abulia Insônia ou hipersonia Diminuição da libido Diminuição ou aumento do apetite Negativismo Ideação suicida
Psicomotricidade	Hipocinesia/acinesia ou hiperkinesia
Funções cognitivas	
Atenção	Hipoproséxia ou rigidez da atenção
Sensopercepção	Hipoestesia Ilusões catatímicas
Memória	Hipomnésia de fixação Hipomnésia de evocação Hipermnésia seletiva Alomnésia
Fala e linguagem	Oligolalia/mutismo Bradilalia Hipotonia Hipoprosódia/aprosódia Aumento da latência de resposta
Pensamento	Curso alentecido Perseveração Ideias deliroides de ruína, culpa, negação ou hipocondríacas
Inteligência	Baixo desempenho intelectual
Imaginação	Diminuição da criatividade
Outras funções	
Aparência	Descuidada
Atitude	Lamuriosa Indiferente
Orientação alopsíquica	Passagem do tempo alentecida Desorientação apática
Consciência do eu	Diminuição da consciência da existência do eu Despersonalização
Pragmatismo	Diminuído/abolido
Prospecção	Pessimismo
Consciência da morbidade	Parcial/ausente

Fonte: Quevedo; Silva (Org.) 2013, p. 40.

A doença também tem grande potencial de comprometimento das atividades laborais e sociais em geral, especialmente quando se manifesta em intensidades

moderada ou grave e apresenta evolução crônica. Os casos mais graves podem culminar com o suicídio. A depressão acarreta, em média, um milhão de mortes por ano (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012). Estudo coorte com duração de 10 anos, realizado com 455 idosos na Holanda, postulou que indivíduos com depressão moderada obtiveram um risco de mortalidade superior a 46% em comparação com aqueles sem depressão. Na forma grave da doença, o risco mostrou-se 35% superior (SCHOEVERS et al., 2009).

Em geral, os indivíduos que possuem a enfermidade apresentam-se tristes, com sentimentos de culpa ou diminuição da autoestima, com transtornos do sono e do apetite, perda do interesse ou prazer e sensação constante de cansaço e incapacidade de concentração (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012).

De acordo com a Organización Mundial De La Salud (2012), a depressão se configura como a principal causa de incapacidade no mundo e possui importante reflexo sobre a carga mundial de morbidade, demandando grande ônus para o indivíduo, família, sociedade em geral e sistemas de saúde.

1.2.1 Fatores de risco para a depressão

Os sintomas de depressão apresentam-se com maior frequência entre mulheres, pessoas com menor escolaridade, renda baixa e inexistência de um companheiro (FRANK; RODRIGUES, 2006).

A prevalência da depressão pode chegar a 25% em pessoas do sexo feminino, manifestando-se até duas vezes mais nas mulheres do que nos homens. Cogita-se que essa discrepância seja devida a flutuações hormonais características da idade (SOARES, 2008), influência comportamental de desamparo, mudanças no meio familiar (LI et al., 2008) e papéis sociais distintos entre os sexos (PICCINELLI; WILKINSON, 2000). Com efeito, estudo que avaliou a prevalência de doze doenças crônicas não transmissíveis pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) indicou que as maiores diferenças, quando comparados os sexos, relacionaram-se à depressão, cuja prevalência foi significativamente maior entre as mulheres (BARROS et al., 2011).

Além disso, a ocorrência desse transtorno se dá mais frequentemente em indivíduos separados, divorciados ou sem relacionamentos interpessoais íntimos. Desse modo, a literatura tem apontado que a convivência com um companheiro

pode ser um fator protetor dos transtornos de humor (FRANK; RODRIGUES, 2006; SADOCK; SADOCK, 2010).

No que concerne à idade, a depressão pode acometer indivíduos ainda na infância até idades avançadas, sendo 40 anos a média. A incidência tem crescido em indivíduos com menos de 20 anos de idade, como consequência, acredita-se que seja do uso e abuso de álcool e drogas nessa população (SADOCK; SADOCK, 2010). Gazalle *et al.* (2004) observaram maior tendência de manifestação de sintomas depressivos em indivíduos mais velhos e entre aqueles com menor escolaridade.

Em uma revisão sistemática que avaliou estudos desenvolvidos no Brasil, entre 1991 e 2009, acerca da temática depressão no idoso, evidenciou-se prevalência de 7% para depressão maior e 26% para sintomas depressivos em idosos. Além disso, verificou que a razão de chances para a manifestação dessas condições foi significativamente maior entre mulheres e aqueles com doenças cardiovasculares (BARCELOS-FERREIRA *et al.*, 2010).

Aproximadamente dois terços dos pacientes que apresentam sintomas depressivos pensam na hipótese de suicídio, e de 10 a 15% deles efetivam-no (SADOCK; SADOCK, 2010). A enfermidade manifesta-se de 1,5 a 3 vezes mais entre parentes biológicos em primeiro grau do que na população em geral (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

1.2.2 Diretrizes diagnósticas da depressão

As duas classificações mais utilizadas na atualidade para a caracterização da depressão e demais transtornos mentais são a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), produzida pela Organização Mundial de Saúde, e o Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental (DSM-IV-TR), apresentado pela Associação Americana de Psiquiatria. Tais manuais utilizam como critérios o número e duração de sintomas apresentados pelo indivíduo (FRANK; RODRIGUES, 2006; SADOCK; SADOCK, 2010).

O episódio depressivo, de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é classificado em leve, moderado e grave (com ou sem sintomas psicóticos). Os sintomas típicos de quaisquer desses episódios depressivos são: humor deprimido,

perda de interesse e prazer, bem como diminuição da energia, resultando em fadiga excessiva e atividade reduzida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Os demais sintomas que permitem a classificação do episódio depressivo em leve, moderado ou grave são: redução da concentração e atenção; diminuição da autoestima e autoconfiança; pensamentos de culpa e inutilidade; perspectiva pessimista do futuro; ideação ou ação suicida ou autolesiva; perturbação do sono e alterações do apetite. Na depressão leve, a pessoa é capaz de realizar a maior parte de suas atividades, mesmo que encontre dificuldades e se sinta angustiado com os sintomas. Na sua forma moderada, a depressão poderá dificultar consideravelmente a execução das atividades laborais, sociais ou domésticas. No episódio grave sem sintomas psicóticos, o indivíduo apresenta perda da autoestima ou sentimentos de inutilidade associados à ideação suicida. Já a depressão grave com sintomas psicóticos acompanha alucinações, delírios associados à culpabilidade, lentidão psicomotora ou estupor depressivo, impossibilitando a realização de atividades em geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

De acordo com o DSM-IV-TR, manual mais utilizado por psiquiatras, a depressão pode ser classificada em: depressão maior, distímia e transtorno depressivo sem outra especificação. Os parâmetros para a classificação levam em conta o número de sintomas apresentados pelo indivíduo. Tais sintomas incluem: humor deprimido, perda de interesse por quase todas as atividades, distúrbios do sono, problemas psicomotores e alterações do apetite ou peso. Além disso, incluem relatos de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para se concentrar e pensamentos de morte, incluindo ideação ou ação suicida (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

No transtorno depressivo maior, o indivíduo apresenta, pelo menos, quatro dos sintomas acima discriminados (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002). O transtorno distímico distingue-se do transtorno depressivo maior devido à queixa contínua do estado de humor deprimido (SADOCK; SADOCK, 2010). O transtorno depressivo sem outra especificação é diagnosticado quando o indivíduo apresenta sintomas depressivos como queixa principal, mas não satisfaz os critérios diagnósticos para os demais transtornos de humor. Nessa especificação entram, por exemplo, o transtorno depressivo menor e o transtorno depressivo breve recorrente (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

1.2.3 Instrumentos de rastreio da depressão

Há na literatura científica diversas escalas diagnósticas validadas para rastreio da depressão. A avaliação dos sintomas por meio das escalas é importante não só para a identificação dos sintomas, mas também para acompanhar as respostas terapêuticas daqueles que já se encontram em tratamento (FRANK; RODRIGUES, 2006).

A escala de Zung tem sido utilizada em trabalhos voltados aos idosos. Proporciona um índice global da intensidade dos sintomas, incluindo a expressão afetiva do transtorno, numa perspectiva psicossocial do idoso (TIER et al., 2007). A escala de Raskin contempla dimensões do relato verbal, comportamento exibido e sintomas secundários, possibilitando a mensuração da gravidade da depressão no paciente. A escala de avaliação de depressão de Hamilton tem utilização ampla em saúde mental e avalia as respostas do paciente sobre sentimentos de culpa, ideação suicida e outros sintomas típicos da depressão (SADOCK; SADOCK, 2010). É composta, originalmente, por 21 itens (TIER et al., 2007). A escala de Cornel, por sua vez, tem indicação para pacientes com suspeita de depressão no curso de demência e é aplicada ao paciente e ao cuidador. O Inventário de Depressão de Beck (1961) é composto por 21 itens, com quatro opções de resposta afirmativas para cada item. A avaliação global da depressão é feita por meio da soma da pontuação de cada afirmação. Conforme aumenta a pontuação, maior a gravidade dos sintomas (TIER et al., 2007).

Há ainda a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*. Essa escala foi validada no Brasil para idosos por Batistoni, Neri e Cupertino (2007) e apresenta facilidade de aplicação, revelando-se psicometricamente adequada para essa população.

A *Geriatric Depression Scale* (GDS), com 30 questões (YESAVAGE et al., 1983), é específica para os idosos. No Brasil, este instrumento foi validado de maneira reduzida com várias versões sendo com 1, 4, 10, 15 e 20 questões. A GDS verifica sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. Optou-se pela sua utilização, no presente estudo, devido à facilidade e rapidez de aplicação do instrumento, custo reduzido e validade das medidas. Estudo para validação da escala com idosos brasileiros encontrou, para o ponto de corte 5/6 (não caso/caso),

sensibilidade de 85,4%, especificidade de 73,9% e índice de confiabilidade de 0,81 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a). Além disso, desde que haja treinamento, o instrumento pode ser utilizado por qualquer profissional da saúde ou mesmo ser autoaplicável (BRASIL, 2006). Por se tratar de uma escala dicotômica, com pequena variedade de opções de resposta, restrita ao “sim ou não”, favorece o entendimento por parte do público idoso (YESAVAGE et al.,1983).

1.2.4 Tratamento da depressão

Apesar de existirem tratamentos eficazes contra a depressão, mais de 50% das pessoas acometidas pelo transtorno no mundo não recebem tratamento. Dentre os fatores que limitam acesso ao tratamento, podem ser citadas a falta de recursos, a escassez de capacitação entre os profissionais da saúde, a estigmatização inerente aos transtornos mentais e a avaliação clínica imprecisa dos quadros apresentados pelos indivíduos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012).

De maneira geral, há duas vertentes de tratamento para a depressão: a biológica (a saber: farmacoterapia, eletroconvulsoterapia, fototerapia e estimulação magnética transcraniana) e a não biológica, constituída pela psicoterapia. Sabe-se que o tratamento busca tanto a eliminação dos sintomas quanto a prevenção de recorrências, do agravamento de doenças preexistentes, do autoextermínio e até mesmo a otimização cognitiva, funcional e de enfrentamento às adversidades (FRANK; RODRIGUES, 2006; SADOCK; SADOCK, 2010).

As classes medicamentosas mais comumente utilizadas para o tratamento da depressão são os tricíclicos, os inibidores seletivos da recaptura da serotonina e os inibidores da monoaminoxidases (IMAOs). Os inibidores seletivos da recaptura da serotonina têm se tornado medicamentos de escolha em virtude de menores efeitos adversos em relação às demais classes. Os tricíclicos podem causar sedação, hipotensão postural, alterações de peso, do ritmo cardíaco e da visão, xerostomia e disfunção sexual. Além disso, devido à alta toxicidade, há o risco de ocorrência de overdose. Já os IMAOs requerem monitoração estrita em função das restrições dietéticas, visto que a ingestão de alimentos com conteúdo elevado de tiramina concomitante ao uso desse fármaco pode causar crise hipertensiva. Tais efeitos devem ser bem verificados quando da prescrição, especialmente em se tratando de pessoas idosas. Igualmente importante, nesse contexto, é garantir a segurança do

paciente (BRUNONI, 2008; SADOCK; SADOCK, 2010). O Quadro 2 lista os principais medicamentos utilizados para o tratamento da depressão e possíveis efeitos adversos.

Quadro 2 - Medicamentos antidepressivos e possíveis efeitos adversos

Classe medicamentosa	Alguns possíveis efeitos adversos
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina Citalopram Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina	Cefaleia Distúrbios gastrointestinais Disfunção sexual
Antidepressivos tricíclicos Amitriptilina Desipramina Doxepina Nortriptilina	Sedação Efeitos anticolinérgicos Hipotensão ortostática Toxicidade cardíaca
Antidepressivos atípicos Bupropiona Duloxetina Mirtazapina Trazodona Venlafaxina	Varia conforme o medicamento
Inibidores da monoaminooxidases Fenzilina Selegilina Tranilcipromina	Agitação Inquietação Insônia Efeitos anticolinérgicos Hipotensão ortostática

Fonte: a autora, 2013. (Adaptado de Cahoon, 2012)

Por isso, atenção adicional deve ser destinada à ingestão medicamentosa por idosos, visto que a associação de medicamentos, bem como as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, as quais modificam a cinética e dinâmica dos fármacos, podem predispor efeitos tóxicos ao organismo (KATZUNG, 2002).

Quando o paciente não responde de forma satisfatória à farmacoterapia, existem como opções a eletroconvulsoterapia, a estimulação magnética transcraniana e a fototerapia. A eletroconvulsoterapia é utilizada em casuísticas mais graves que impliquem no risco de suicídio ou situações de depressão recorrente. O tratamento é realizado sob anestesia e em ambiente fechado, com número variável de sessões. Apesar de o procedimento apresentar efeitos adversos

a curto e médio prazo e existirem contraindicações relativas para histórico recente de acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, a eletroconvulsoterapia traz como vantagem a rapidez da resposta terapêutica, sendo que os mais idosos são o grupo que melhor responde à técnica (FRANK; RODRIGUES, 2006).

A estimulação magnética transcraniana, por sua vez, é um procedimento não invasivo que modula a excitabilidade de áreas distintas do córtex cerebral, a fim de obter melhora da sintomatologia depressiva (FRANK; RODRIGUES, 2006). Entretanto, ainda não existem evidências suficientes para a indicação desse tipo de tratamento como primeira escolha, e o acesso também é limitado (CAHOON, 2012). A fototerapia é outra modalidade não invasiva em que o indivíduo é exposto à luz brilhante por diminutos períodos durante o dia, para o reestabelecimento dos níveis normais de serotonina e melatonina. Os mais beneficiados com essa técnica são os indivíduos que apresentam depressão sazonal associada ao excesso de sono e de apetite (FRANK; RODRIGUES, 2006).

No tocante à psicoterapia, consideram-se, de maneira mais abrangente, três tipos de intervenções. A terapia cognitiva objetiva modificar os pensamentos condicionados, distorcidos e excessivamente relacionados à atenção aos aspectos negativos das diversas situações. Essa abordagem tem se mostrado eficiente no tratamento do transtorno depressivo maior, com resultados semelhantes aos obtidos pela farmacoterapia. A terapia interpessoal, por sua vez, tem um enfoque terapêutico ativo voltado para os fenômenos intrapsíquicos que apresentam significados e efeitos sobre os relacionamentos interpessoais. Sua eficácia, no tratamento de transtornos depressivos maiores e graves de forma isolada, é controversa. A terapia comportamental baseia-se no pressuposto de que os padrões de comportamento mal adaptativos potencializam o recebimento de pouca retroalimentação positiva pelo indivíduo, com possibilidade de rejeição direta da sociedade. O tratamento tem por intuito estimular o paciente a se relacionar no mundo de maneira que possa receber reforços positivos (SADOCK; SADOCK, 2010).

1.3 DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão apresenta frequência elevada entre idosos, ocasionando efeitos negativos na qualidade de vida do indivíduo (GAZALLE et al., 2004). Sua prevalência oscila entre 4,7% e 36,8%. Tal variação justifica-se pela grande quantidade de instrumentos diagnósticos e pontos de corte utilizados, bem como de acordo com a gravidade dos sintomas (BRASIL, 2007). Frank e Rodrigues (2006) referem variação de 4,8% a 14,6% na prevalência de depressão entre idosos da comunidade, com tendência ao aumento desses percentuais, em se tratando de hospitais ou instituições de longa permanência.

Duarte e Rego (2007) encontraram uma prevalência de depressão equivalente a 23,4%, em uma amostra de indivíduos atendidos em um ambulatório de geriatria da Bahia, sendo tal doença mais frequentemente diagnosticada entre as mulheres e entre os idosos menores de 75 anos.

Investigação conduzida no município de João Pessoa, Estado da Paraíba, com indivíduos idosos atendidos na atenção primária, evidenciou uma prevalência de sintomas depressivos de 52%. A sintomatologia esteve associada à idade avançada, ao sexo feminino, à presença de doenças físicas, ao uso de medicamentos, ao baixo nível de escolaridade e de renda, às deficiências no suporte social e perda de parente, com destaque para o cônjuge (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

De maneira análoga, estudo conduzido com 503 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Dourados, Mato Grosso do Sul, encontrou forte associação entre sintomas depressivos e sequelas de acidente vascular encefálico, inatividade econômica, déficit cognitivo, não participação em atividades sociais e renda *per capita* de até meio salário-mínimo (ALVARENGA et al., 2010).

Em geral, o envelhecimento tem se vinculado a percepções negativas, como resultado das cobranças da sociedade, a qual valoriza a capacidade para o trabalho e a geração de capital, em associação com padrões estéticos rigorosos (UCHÔA, 2003). Esse cenário e toda a intolerância com os aspectos naturais do envelhecimento são de difícil adaptação para o idoso (RAMOS; SOUZA; CALDAS, 2008) e podem predispor a sintomas depressivos, quando os mecanismos de enfrentamento são restritos ou falhos.

Estudo conduzido na zona rural do município de Uberaba, Minas Gerais, com amostra de 850 idosos, evidenciou que ser do sexo feminino, ter maior número de comorbidades e de incapacidade funcional para o desempenho de atividades

instrumentais de vida diária caracterizaram-se como fatores preditores do indicativo de depressão nessa faixa etária (FERREIRA, 2011).

Apesar de as mulheres terem uma sobrevivência maior que os homens, elas acumulam maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, favorecendo a ocorrência de dependência (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007) e predispondo a sintomas depressivos (SILVA; SCAZUFCA; MENEZES, 2013). Além disso, o analfabetismo e benefícios econômicos mínimos, decorrentes do panorama sociocultural em que as mulheres eram imersas, contribuíram para o aparecimento de fatores de risco para incapacidades crônicas (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007).

Admite-se, ainda, que a manifestação de sintomas depressivos em idosos vincula-se a outros fatores de risco, tais quais polifarmácia, isolamento social e múltiplas perdas (CAHOON, 2012).

O reconhecimento da depressão no idoso requer uma busca minuciosa, visto que, muitas vezes, seus sintomas são equivocadamente tidos como típicos do processo de envelhecimento ou consequentes às morbidades presentes. Em comparação com outras faixas etárias, no idoso a depressão tende a se revelar mais por meio de sintomas somáticos e cognitivos, como sensação de perda da memória, do que através de queixas de humor deprimido, sentimento de culpa ou sintomas afetivos (FRANK; RODRIGUES, 2006). Idosos podem exibir outros sintomas depressivos que não os sentimentos de tristeza (CAHOON, 2012).

A falta de atenção dos profissionais de saúde sobre as particularidades na manifestação de sintomas depressivos em idosos pode ter consequências nocivas. A percepção errônea de que tais características são peculiares ao idoso pode diminuir a motivação para o diagnóstico entre os profissionais e atribuir insucesso antecipado à resposta ao tratamento (SNOWDON, 2002).

Especialmente nos idosos, a depressão tende a se manifestar em associação com outras doenças. Nesse sentido, é necessária investigação para determinar se as morbidades têm relação fisiológica com a depressão ou se decorrem do consumo de fármacos pelo idoso (SADOCK; SADOCK, 2010). Aponta-se que de 20 a 25% dos indivíduos que apresentam morbidades como diabetes, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e carcinomas desenvolvem o transtorno depressivo maior (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Por se caracterizar como um transtorno mental grave (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001), essa enfermidade tem grande potencial para prejudicar a qualidade de vida e as dimensões física e psicológica do idoso. Por isso, pode interferir nas relações familiares e sociais dos idosos e no aumento do número de doenças associadas (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006), triplicando os gastos médicos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

1.4 DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM COMORBIDADES, CAPACIDADE FUNCIONAL E ATIVIDADE FÍSICA

Com o envelhecimento, o organismo apresenta maior suscetibilidade para o surgimento de doenças (ARGIMON; STEIN, 2005), as quais podem afetar a capacidade de desempenho das atividades diárias dos idosos (CONTE; SOUZA, 2009). A dependência para a realização das atividades de vida diária (AVD) cresce cerca de 5% na faixa dos 60 anos e aumenta aproximadamente 50% entre aqueles com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007). A presença de comorbidades pode agravar a incapacidade funcional (ALVES et al., 2007), causando maior dependência do idoso e, não raro, predispor à depressão (TORIJA et al., 2007). A depressão também pode agravar o curso das doenças crônicas não transmissíveis, em virtude de seus efeitos deletérios sobre o autocuidado, o que inclui a não adesão a dietas, à atividade física e à terapia medicamentosa prescrita. Enfim, há dificuldade de modificação de hábitos de vida não salutarres em indivíduos depressivos (LIN et al., 2004).

O aumento no número de doenças crônicas não transmissíveis está vinculado, diretamente, com maior incapacidade funcional, posto que a incapacidade resulta em maior vulnerabilidade e dependência durante o envelhecimento. Isso diminui o bem-estar e a qualidade de vida do idoso, favorecendo a aquisição de doenças crônicas não transmissíveis (ALVES et al., 2007). Nesse sentido, as doenças crônicas não transmissíveis são capazes de interferir negativamente na funcionalidade dos idosos (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007). Estudo desenvolvido numa cidade do interior do Estado de São Paulo ponderou que, embora menos referidas entre os idosos, a incontinência urinária e o acidente vascular encefálico foram os agravos que mais prejudicaram o desempenho das atividades de vida diária (AVD) (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007).

A capacidade funcional “avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada” (BRASIL, 2007, p. 38). A realização das atividades de vida diária permite a adaptação aos problemas cotidianos (CALDAS, 2003). A incapacidade funcional, nesta perspectiva, envolve a supressão da manutenção de habilidades físicas e mentais requeridas para a realização das atividades da vida diária, de maneira independente (PARAHYBA; VERAS, 2008), com repercussões sobre a habilidade de o indivíduo exercer papéis e atividades na sociedade (VERBRUGUE; JETTE, 1994). As atividades de vida diária (AVD) são classificadas em básicas (ABVD) que incluem as atividades de autocuidado e sobrevivência; instrumentais (AIVD) as quais estendem o conceito de ABVD, incorporando também as atribuições necessárias para se viver sozinho; e avançadas (AAVD) que abrangem a manutenção das funções ocupacionais, recreacionais e sociais (REUBEN; WIELAND; RUBENSTEIN, 1993).

O comprometimento na execução de atividades diárias, por sua vez, relaciona-se com a probabilidade de manifestação de sintomatologia depressiva (LIMA; SILVA; RAMOS, 2009). A capacidade funcional preservada, em contrapartida, permite a manutenção da independência, conservando a capacidade de o idoso se manter na comunidade por mais tempo. Dessa maneira, prevenindo e controlando as doenças crônicas não transmissíveis, há melhora na execução das atividades e, conseqüentemente, na promoção do bem-estar do idoso (ALVES et al., 2007).

Ressalta-se que muitas doenças crônicas não transmissíveis que acometem os idosos podem cursar com quadros algícos. Tal situação impacta negativamente o bem-estar psicológico e social do indivíduo e a sua capacidade de viver de forma independente (ONDER et al., 2005). Ademais, restrições impostas pelo envelhecimento podem diminuir a interação social dos idosos na comunidade, favorecendo o isolamento social e influenciando negativamente o estilo de vida (GEIB, 2012).

Estudo desenvolvido em Salvador, Bahia, com amostra constituída por 1.120 idosos de um ambulatório de geriatria pontuou que houve associação entre a presença de mais de três agravos e manifestação de sintomas depressivos. Incontinência urinária, obstipação intestinal, Parkinson e hipertensão arterial sistêmica (HAS) foram os agravos que mais se relacionaram à sintomatologia

depressiva (DUARTE; REGO, 2007). Ressalta-se que, em indivíduos deprimidos, há menor adesão aos tratamentos clínicos, aumentando a mortalidade associada com sintomas depressivos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Nesse sentido, doentes crônicos podem externar limitações para as atividades diárias, as quais realçam o potencial para o desenvolvimento de transtornos depressivos (KATON, 2011). O agravamento do estado de saúde pode levar a uma maior tensão emocional, acelerando o desenvolvimento de transtornos depressivos (GOLDEN et al., 2008).

Estudo conduzido na região Nordeste do Brasil, com idosos residentes na zona urbana, encontrou associação positiva entre dependência para realização de atividades instrumentais de vida diária e indicativo de depressão (MACIEL; GUERRA, 2006).

Pesquisa desenvolvida com 316 idosos no Estado da Bahia postulou que idosos com sintomas depressivos possuem entre 58% e 82% mais limitação funcional do que aqueles sem rastreio positivo para depressão (SANTOS, et al. 2012).

Como fator protetor para as condições patológicas que podem se associar ao processo de envelhecimento, a atividade física é considerada uma aliada (BRASIL, 2007, REQUENA; LÓPEZ; ORTIZ, 2009). Sugere-se que a prática de atividade física tenha influência positiva sobre a saúde mental dos indivíduos, incluindo menor frequência de depressão em idosos não sedentários (BENEDETTI, 2008; CHEIK et al, 2003; RIBEIRO et al., 2009).

As perdas decorrentes do processo de envelhecimento, incluindo o aumento dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, podem ser atenuadas mediante a prática de atividade física regular (GEIB, 2012), visto que indivíduos fisicamente ativos possuem autoestima e autoconfiança elevadas e maior independência funcional (NELSON et al., 2007).

No Nordeste, estudo concluiu que idosas de baixa renda que não tinham o hábito de praticar atividades físicas de lazer detinham cerca de três vezes mais chances de apresentar alguma limitação funcional, comparadas às idosas praticantes de atividade física (VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2008).

Assim, a atividade física pode atuar como coadjuvante na prevenção e no tratamento de doenças que levam o indivíduo a situações de estresse e depressão. Os estudos, em geral, têm verificado que indivíduos que praticam atividade física de forma regular reduzem, sobremaneira, os sintomas depressivos (CHEIK et al., 2003;

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012) e diminuem a incapacidade funcional (PATERSON; WARBURTON, 2010).

Revisão sistemática que verificou a função do exercício físico no tratamento de depressão em idosos ratificou que a doença promove redução da prática de atividades físicas, podendo conformar-se como uma aliada na prevenção e no tratamento da sintomatologia depressiva no idoso (MORAES et al., 2007).

Em idosos, adicionalmente, a atividade física pode melhorar o funcionamento corporal global, diminuir as perdas funcionais e, assim, favorecer a manutenção da independência. Além disso, contribui para melhorar a postura, o equilíbrio, a densidade óssea e os sintomas álgicos. Também auxilia no controle do peso corporal, controle glicêmico, lipídico e da pressão arterial, reduzindo o risco de morte por doenças cardiovasculares. Contribui, igualmente, em aspectos psicossociais ao diminuir o estresse, melhorar o estado de humor e autoestima e ampliar o contato social (BRASIL, 2007).

De maneira similar, a preservação da capacidade funcional relaciona-se a bons níveis de autoestima e, ao otimizar o bem-estar subjetivo, contribui para a diminuição da depressão (COHEN-MANSFIELD; SHMOTKIN; GOLDBERG, 2010; ZAITUNE et al., 2010).

Estudo que explorou as relações entre força muscular, prática de exercícios físicos e atividades de vida diária em 1.538 idosas da comunidade encontrou como fatores preditivos de pior desempenho em AIVDs e AAVDs a baixa força muscular, baixa renda e sedentarismo, sustentando que a funcionalidade das idosas é prejudicada pelo envelhecimento fisiológico (RIBEIRO; NERI, 2012).

Nesse sentido, o envelhecimento pode resultar em maior carga de doenças (FIEST et al., 2011) e incapacidades na população, implicando em maior uso dos serviços de saúde por esses indivíduos (VERAS, 2009).

Face ao exposto, depreende-se que essa nova parcela da população, caracterizada por indivíduos com 60 anos ou mais, tem estado presente na dinâmica social do país, reclamando novos modelos políticos de atenção e formas inovadoras de organização social, adequadas às necessidades da sociedade contemporânea (MINAYO, 2012).

A recente e acelerada realidade demográfica e epidemiológica vivenciada pelo país e o seu novo perfil de morbimortalidade trazem repercussões sobre a saúde dos idosos, refletindo em toda a sociedade e suscitando a necessidade de

reestruturação do sistema de atenção à saúde do idoso (VERAS, 2009). Os serviços de saúde devem se organizar, atentando-se não somente para a busca da longevidade, como também para que os anos adicionais sejam vividos com qualidade de vida, autonomia, satisfação e possibilidade de atuação em diversos cenários sociais (VERAS, 2007).

Desse modo, faz-se necessário incrementar estudos que avaliem as condições de vida e de saúde da população idosa, especialmente no tocante à depressão, em virtude das repercussões sobre a vida do idoso. Ademais, busca-se propiciar condições para o direcionamento das ações de saúde, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais mais generalistas.

2 HIPÓTESE

A maior ocorrência de indicativo de depressão entre idosos da comunidade está associada à maior faixa etária, ao sexo feminino, à inexistência de companheiro, à baixa renda e escolaridade, à maior presença de incapacidade funcional para o desempenho de atividades básicas e atividades instrumentais de vida diária, ao menor nível de atividade física e ao maior número de doenças crônicas não transmissíveis.

3 OBJETIVOS

1. Descrever as características sociodemográficas e econômicas, a capacidade funcional, o nível de atividade física e as morbidades autorreferidas entre os idosos com e sem indicativo de depressão;
2. Comparar o perfil sociodemográfico e econômico, a capacidade funcional, o nível de atividade física e as morbidades autorreferidas entre os idosos com e sem indicativo de depressão;
3. Verificar a associação entre indicativo de depressão e variáveis sociodemográficas e econômicas, capacidade funcional, nível de atividade física e número de morbidades autorreferidas entre idosos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta seção abrangerá os procedimentos metodológicos adotados neste estudo, cujos itens componentes são: tipo do estudo e local de realização; definição da amostra; critérios de inclusão; critérios de exclusão; coleta de dados; variáveis de estudo; processamento de dados; análise estatística e aspectos éticos.

4.1 TIPO DO ESTUDO E LOCAL DE REALIZAÇÃO

A pesquisa caracteriza-se como observacional, analítica, de delineamento transversal e do tipo inquérito domiciliar. Foi desenvolvida na zona urbana do município de Uberaba-MG, localizado a oeste do Estado de Minas Gerais, a 494 km de Belo Horizonte. A cidade é dividida em três distritos sanitários, subdivididos em 18 áreas de abrangência.

4.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A presente investigação faz parte de um estudo maior, denominado “Morbidades, qualidade de vida e capacidade funcional de idosos”. Trata-se de um inquérito populacional longitudinal que está sendo desenvolvido no município de Uberaba. O estudo avalia as condições de saúde de uma amostra de idosos brasileiros, não institucionalizados, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município de Uberaba, MG. As coletas anteriores ocorreram nos anos de 2005 e 2008.

Para realização desta pesquisa, foi utilizada uma lista contendo o nome e o endereço dos idosos, os quais participaram dos dois estudos anteriores, em 2005 e 2008, realizados pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM. Para o cálculo da amostra, considerou-se 95% de confiança, 80% poder de teste, margem de erro de 4% para as estimativas intervalares e uma proporção de $\pi = 0,5$ para as proporções de interesse. Após o cálculo do número de idosos para a amostra em cada estrato (bairro), consideraram-se, pelo menos, 10 (dez) idosos nos bairros onde o cálculo amostral foi inferior a 05 (cinco) e utilizou-se a técnica de amostra sistemática para selecionar, dentro de cada bairro, os domicílios, nos quais os idosos foram entrevistados. A amostra ficou constituída por 2.149 idosos.

A utilização dos dados obtidos nesta pesquisa foi autorizada pela coordenação do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais de idade; não apresentar declínio cognitivo; residir na zona urbana do município de Uberaba-MG; manifestar concordância em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atenderam aos critérios estabelecidos 980 idosos, os quais foram divididos em dois grupos: o primeiro foi constituído por idosos que tiveram rastreio positivo para a sintomatologia depressiva, denominado grupo com indicativo de depressão (composto por 250 indivíduos); e idosos com rastreio negativo para a sintomatologia depressiva, denominado grupo sem indicativo de depressão (formado por 730 sujeitos).

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os idosos que se encontravam hospitalizados (14); não foram encontrados após três tentativas de visitas consecutivas do entrevistador (183); mudaram de endereço (193); apresentaram declínio cognitivo (160); moravam na mesma residência (64) e outros motivos (252). Houve 303 perdas, sendo 266 por motivo de falecimento e 37 por recusa em participar do estudo.

4.5 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas por 19 entrevistadores devidamente orientados e treinados quanto à maneira de abordar o idoso em seu domicílio, ao preenchimento correto do instrumento e sobre as questões éticas relacionadas à pesquisa. O período de realização da coleta foi de agosto de 2012 a maio de 2013.

Com o intuito de preservar a fidedignidade das respostas, as perguntas foram direcionadas aos idosos, conforme descrito nos instrumentos, e quando não houve compreensão pelos idosos ou apresentaram dúvidas, foi repetida a pergunta sem modificar o seu conteúdo. Em situações em que eles manifestaram recusa em responder às questões, por hesitação, foi colocado o código (99) como resposta.

Posteriormente, as entrevistas foram revisadas por supervisores de campo, os quais verificaram a presença de perguntas incompletas ou inconsistência de respostas, e quando necessário, a entrevista foi devolvida ao entrevistador para a correção do preenchimento.

Foram utilizados no total, sete instrumentos para a coleta dos dados. O MiniExame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO I) que tem como finalidade a avaliação cognitiva dos idosos. O MEEM foi traduzido e validado no Brasil e é composto por questões referentes à orientação, à memória imediata e de evocação, à concentração, ao cálculo, à linguagem e ao domínio espacial. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, e o ponto de corte foi considerado de acordo com a escolaridade do idoso: 13 para analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudos e 26 para acima de 11 anos de estudos (BERTOLUCCI et al., 1994).

O Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ) foi utilizado para a coleta de dados referentes à identificação, perfil sociodemográfico e econômico (ANEXO II) e morbidades autorreferidas (ANEXO III). O questionário original foi produzido pela *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela Duke University (1978) e foi adaptado no Brasil por Ramos (1987).

Um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento da depressão no idoso é a *Geriatric Depression Scale* (GDS), com 30 questões (YESAVAGE et al., 1983), a qual é direcionada à população idosa. Este instrumento foi validado no Brasil com versões reduzidas que contemplam 1, 4, 10, 15 e 20 questões (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a). A versão brasileira da GDS-15 (ANEXO IV), adotada neste estudo, é específica para idosos. Trata-se de uma escala dicotômica, em que os participantes foram instruídos a apontar a presença ou a ausência de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. O ponto de corte >5 indica positividade para o indicativo de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b).

Para avaliar a capacidade funcional do idoso, foi utilizado o Índice de Katz (ANEXO V), validado no Brasil por Lino et al. (2008). O instrumento é composto por questões que contemplam as atividades básicas de vida diária (ABVDs). Para cada questão, a primeira e segunda respostas indicam independência, e a terceira resposta significa dependência. O instrumento permite classificar o idoso em: independente para as seis funções; dependente em uma função; dependente em

duas funções; dependente em três funções; dependente em quatro funções; dependente em cinco funções; dependente em seis funções (LINO et al., 2008).

A Escala de Lawton e Brody (ANEXO VI) foi utilizada para avaliar as atividades instrumentais de vida diária. O instrumento foi adaptado ao contexto brasileiro e teve sua confiabilidade avaliada por Santos e Virtuoso Júnior (2008), propicia a classificação das AIVDs em: dependência total (pontuação igual a 7), dependência parcial (pontuação entre 8 e 20) e independência (pontuação igual a 21).

Para mensurar o nível de atividade física, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ), versão longa para idosos (ANEXO VII), cuja validação no Brasil foi realizada por Benedetti *et al.* (2007). O IPAQ abrange quatro domínios da atividade física: atividade física no trabalho; como meio de transporte; na realização de tarefas domésticas; e como recreação, esporte, exercício e lazer. O instrumento permite classificar o idoso em insuficientemente ativo, quando o somatório de minutos é inferior a 150 por semana, considerando os quatro domínios; e suficientemente ativo, nas situações em que o somatório de minutos é igual ou maior que 150 por semana nos referidos domínios de atividade física (PATE et al., 1995).

Embora os questionários possam ser autoaplicáveis, optou-se pela entrevista em virtude da possível dificuldade de leitura ou compreensão dos itens descritos no questionário, além de potenciais problemas de visão apresentados pelos idosos.

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Indicativo de depressão: Sim ou Não.
- Socioeconômicas: sexo (masculino e feminino); faixa etária, em anos (60|-70, 70|-80, 80 anos e mais); estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), as quais foram posteriormente recategorizadas em: com companheiro(a) e sem companheiro(a), para efeito de análise estatística; escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade; 1 |-5; 5 |-8; 8; 9 |-11 e 11 ou mais), recategorizada em: analfabeto, 1 |-5 anos, 5 ou mais anos; renda individual, em salários-mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5), recategorizada em: sem renda, até 1, >1.

- Índice de Katz: ABVDs (banhar-se, vestir-se, higienizar-se, mobilizar-se, ter controle sobre os esfíncteres e alimentar-se).
- Escala de Lawton e Brody: AIVDs (usar o telefone, viajar, fazer compras, preparar suas refeições, realizar trabalhos domésticos, tomar remédios adequadamente e manusear o dinheiro).
- Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ), versão longa: total de minutos de atividade física no trabalho; como meio de transporte; em casa; e de recreação, esporte, exercício e lazer.
- Morbidades autorreferidas: reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite, tuberculose, embolia, hipertensão arterial, má circulação, problemas cardíacos, diabetes mellitus, obesidade, acidente vascular encefálico, Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequela acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problema de visão.
- Número de morbidades autorreferidas: nenhuma, 1 | 4; 4 | 7; 7 ou mais.

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa Excell®. Os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada, e verificada a existência de registros duplicados, assim como de nomes diferentes entre as duas bases de dados. Procedeu-se à consistência dos bancos de dados e, em situações em que houve dados inconsistentes, foram conferidos, na entrevista original e realizada a correção. O banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para proceder à análise.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a consecução do primeiro objetivo, foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais.

Para a elucidação do segundo objetivo, além das análises descritivas das variáveis categóricas, foram utilizadas medidas de centralidade (mediana) e de dispersão (coeficiente de variação mínimo e máximo) para variáveis contínuas. Realizaram-se medidas de associação (presença ou não de depressão entre idosos e as variáveis estudadas) em tabelas de contingência (qui quadrado e razão de chances). Tais associações foram consideradas significativas quando $p < 0,1$.

Para a resolução do terceiro objetivo, foi utilizada a análise de regressão logística binária múltipla, tendo como desfecho a presença ou não de indicativo de depressão. Para a inclusão dos possíveis preditores da associação na análise de regressão, foram consideradas as variáveis que tiveram significância estatística na análise bivariada, considerando $p < 0,1$. A saber: sexo, escolaridade, renda, capacidade funcional para execução de ABVDs e AIVDs, nível de atividade física e número de morbidades. Na regressão logística binária múltipla, utilizou-se como nível de significância $p < 0,05$.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Obteve-se a aprovação para execução da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o protocolo n. 2265 (ANEXO 8). Os idosos foram abordados em seus domicílios, onde foram apresentados os objetivos do estudo maior, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 9) e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi iniciada a entrevista. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da UFTM para o projeto maior, no qual está inserida a presente pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 980 idosos, 25,5% apresentaram indicativo de depressão. Tal porcentagem se assemelha a outros levantamentos desenvolvidos no Brasil, 30% no Rio Grande do Sul (REICHERT et al., 2011); 25,5% no Rio Grande do Norte (MACIEL; GUERRA, 2006), 24,2% na Paraíba (OLIVEIRA et al., 2012b) e 23,4% na Bahia (DUARTE; REGO, 2007). Todavia, foram encontradas prevalências menores, 21,4% em São Paulo (SILVA; SCAZUFCA; MENEZES, 2013); 20,9% em Minas Gerais (HOFFMANN et al, 2010), e também porcentagens maiores, 34,4% no Mato Grosso do Sul (ALVARENGA et al., 2010) e 44% em município do interior de São Paulo (GOMES; RUIZ: CORRENTE, 2011). Em outros países também houve variação, 6,6% na Alemanha (SPANGENBERG et al., 2011), 8% na Austrália (PIRKIS et al., 2009), 19,7% no México (TORIJA, 2007), 27% na Índia (MANJUBHASHINI; KRISHNABABU; KRISHNAVENI, 2013) e 63% na Coreia (KIM, CHOE; CHAE, 2009).

As diferenças na prevalência dos sintomas depressivos entre idosos podem decorrer da diversidade de instrumentos diagnósticos e seus pontos de corte, de coleta de dados, de definições conceituais e características da amostra, dificultando a comparação dos estudos (BÜCHTEMANN, 2012).

A maior parte daqueles com indicativo de depressão era do sexo feminino, 178 (71,2%), enquanto, no sexo masculino, esse número limitou-se a 72 indivíduos, correspondendo a 28,8% do total. Na análise bivariada, tal porcentagem mostrou-se significativa, denotando que ser do sexo feminino foi um fator de risco para a manifestação de sintomas depressivos ($p=0,009$) (Tabela 1). Atribui-se tal disparidade a características biológicas distintas, como variações hormonais nas mulheres (SOARES, 2008), modificações na estrutura familiar (LI et al., 2008) e diferenciação das atribuições socioculturais entre os sexos (PICCINELLI; WILKINSON, 2000; KIM, CHOE; CHAE, 2009). Além disso, mulheres tendem a apresentar maior isolamento social do que os homens (SNOWDON, 2002).

A faixa etária predominante, nos dois grupos, foi de 70 | 80 anos, sendo 123 (49,2%) dentre aqueles com indicativo de depressão e 367 (50,3%) no grupo sem indicativo. Todavia, não houve associação entre a faixa etária mais alta e existência de indicativo de depressão ($p=0,510$) (Tabela 1). Acredita-se que o acréscimo de sintomas depressivos conforme há aumento da faixa etária na velhice seja devido à

presença de mais limitações funcionais e de morbidades, pior estado de saúde e apoio social, diminuição da função cognitiva e viver sem companheiro. É sabido que tais fatores de risco tendem a se acentuar com o passar dos anos. Estudo do tipo meta-análise revelou que o aumento da idade parece ser um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos somente entre idosos com menos de 85 anos. Os autores atribuem esses achados à alta mortalidade entre os indivíduos depressivos, retirando aqueles com depressão e mantendo os idosos sem depressão. As perdas, portanto, diminuiriam a força de associação entre idade e depressão (ZHAO et al., 2012). Revisão sistemática, entretanto, não visualizou resultados semelhantes, encontrando maior prevalência de sintomas depressivos entre idosos com idade superior a 90 anos (LUPPA et al., 2012). Segundo os autores, indivíduos mais velhos têm mais restrições adaptativas oriundas da idade e maior precariedade de fatores motivacionais, tais quais interesse, prazer e capacidade de concentração (PRINCE et al., 1999).

Nesse sentido, os estudos têm revelado inconsistências quanto à faixa etária que apresenta maior frequência de depressão em idosos (SNOWDON, 2002; BÜCHTEMANN et al., 2012), o que pode decorrer, parcialmente, da utilização de instrumentos de rastreio inespecíficos para a população idosa (GAZALLE et al., 2004).

Referente ao estado conjugal, a viuvez, 114 (45,6%), foi mais reportada pela parcela de idosos com indicativo de depressão e morar com companheiro, 319 (43,7%), entre os sem indicativo de depressão (Tabela 1). A viuvez, nesse sentido, pode impactar as condições psicológicas por envolver perda familiar e, muitas vezes, a diminuição da condição financeira da família (VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2008), incitando sintomas depressivos. Revisão ponderou que não ter companheiro, decorrente de viuvez ou não, também é um fator preditor de sintomas depressivos em idosos (VINK; AARTSEN; SCHOEVERS, 2008).

No tocante à escolaridade, houve maior proporção de idosos com 1 | 5 anos de estudo em ambos os grupos: 144 (57,6%) de sujeitos com indicativo de depressão e 405 (55,5%) sem indicativo de depressão. Evidenciou-se que a menor escolaridade esteve agregada à presença de sintomatologia depressiva, e essa diferença foi significativa em comparação com idosos sem indicativo de depressão ($p=0,008$) (Tabela 1).

Os anos de estudo são considerados como fator protetor da depressão em idosos, visto que diante de situações adversas e estressantes, aqueles com maior escolaridade dispõem de melhor condição de manejo dessas circunstâncias (FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009). Ademais, o nível de escolaridade é um dos fatores que exerce influência sobre a manutenção do idoso no mercado de trabalho (PEREZ; WAJNMAN; OLIVEIRA, 2006), melhorando seu sentimento de autoeficácia (BANDURA, 1997; GAZALLE et al., 2004) e afastando o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Igualmente nos dois grupos, a renda individual de até um salário-mínimo predominou, a saber, 152 (60,8%) entre os com indicativo de depressão e 350 (47,9%) entre os sem indicativo de depressão. A análise bivariada foi significativa, demonstrando que a renda mais baixa esteve associada à presença de sintomas depressivos ($p < 0,001$) (Tabela 1). A literatura tem apontado uma relação inversa entre renda e presença de sintomas depressivos (BLAY et al., 2007; MURATA et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2012b), corroborando com os achados deste estudo. As estruturas sociais e de saúde pobres no Brasil explicam, em grande parte, a alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos do país (REICHERT et al., 2011).

Em geral, as características sociodemográficas dos idosos com indicativo de depressão foram semelhantes às aquelas reportadas em outros estudos que utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, em que houve predomínio do sexo feminino (BANDEIRA, 2008), renda reduzida (DRAGO, 2011), escolaridade baixa (ALVARENGA et al., 2010) e ausência de companheiro (OLIVEIRA et al., 2012b).

Tabela 1 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas e suas associações, segundo o indicativo de depressão de idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013.

Variáveis	Total		Indicativo de depressão				* χ^2	p**
	N	%	Sim		Não			
			N	%	N	%		
Sexo								
Feminino	631	64,4	178	71,2	453	62,1	6,792	0,009
Masculino	349	35,6	72	28,8	277	37,9		
Faixa Etária								
60 70	283	28,9	68	27,2	215	29,5		
70 80	490	50,0	123	49,2	367	50,3	1,345	0,510
80 ou mais	207	21,1	59	23,6	148	20,3		

Tabela 1 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas e suas associações, segundo o indicativo de depressão de idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013. (conclusão)

Variáveis	Total		Indicativo de depressão				*X ²	p ^{**}
	N	%	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%		
Estado Conjugal								
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	48	4,7	15	6,0	33	4,5		
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	418	42,7	99	39,6	319	43,7	3,572	0,312
Viúvo(a)	411	41,9	114	45,6	297	40,7		
Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)	103	10,5	22	8,8	81	11,1		
Escolaridade								
Analfabeto	212	21,6	66	26,4	146	20,0		
1 5 anos;	549	56,0	144	57,6	405	55,5	9,725	0,008
5 ou mais anos	219	22,3	40	16,0	179	24,5		
Renda Individual								
Sem renda	75	7,7	25	10,0	50	6,8		
Até 1 salário-mínimo	502	51,2	152	60,8	350	47,9	20,04	<0,001
>1 salário-mínimo	403	41,1	73	29,2	330	45,2		

Fonte: a autora, 2013.

Notas: Sinais convencionais:

*Coeficiente de associação qui-quadrado de Pearson X²;

** Valor de p para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância <0,1.

No que concerne às ABVDs, 23 (9,2%) dos indivíduos apresentaram dependência no grupo com indicativo de depressão, sendo que a maior concentração, 16 idosos (6,4%), reportou a ocorrência de uma dependência dentre as seis funções. Igualmente, no grupo sem indicativo de depressão, do total de idosos dependentes 20 (2,7%), a maior parte, 15 idosos (2,0%), referiu possuir uma incapacidade funcional. Idosos com indicativo de depressão apresentaram maior incapacidade funcional para a realização das ABVDs do que aqueles sem indicativo de depressão, e essa diferença foi significativa ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Contrária à maior ocorrência de independência para as ABVDs entre os idosos, a mensuração da funcionalidade para as AIVDs evidenciou a predominância de dependência, correspondendo a 202 (80,8%) dos idosos no grupo com indicativo de depressão e 487 (66,7%) dentre os sem indicativo de depressão. Os achados sinalizaram que houve associação entre incapacidade funcional para realização das AIVDs e presença de sintomas depressivos ($p < 0,001$) (Tabela 2). Assim, entende-se

que houve maior incapacidade funcional para AIVDs entre os idosos com indicativo de depressão do que dentre aqueles sem indicativo de depressão, sendo tal associação significativa.

Tais dados foram superiores aos divulgados por pesquisadores de São Luís, Maranhão, em que 56,3% da amostra de idosos da periferia eram independentes para todas as AIVDs (OLIVEIRA et al., 2012a). Sugere-se que as diferenças entre os estudos podem guardar relação com as realidades socioeconômicas e culturais distintas, especialmente no tocante ao acesso aos serviços de saúde e aos programas de educação em saúde.

Os resultados permitem concluir, similarmente a outra pesquisa, que a maior parte dos idosos consegue cuidar de si no domicílio. Entretanto, têm limitações, ainda que parciais, para vivenciar o seu entorno de maneira independente (NAKATANI et al., 2009). É pertinente ressaltar que a condição de incapacidade é, em geral, antecedida por limitações funcionais, em um processo gradativo (VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2008). Portanto, é importante que a equipe de saúde aja imediatamente após a detecção de limitações funcionais ou mesmo, mais satisfatoriamente, na manutenção ou promoção de boa funcionalidade, a fim de que as limitações não evoluam para incapacidades.

Tabela 2 - Distribuição da frequência das variáveis de capacidade funcional e nível de atividade física e suas associações com o indicativo de depressão em idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013.

Variáveis	Total		Indicativo de depressão				*** χ^2	p****
			Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%		
ABVD*								
Dependente	43	4,4	23	9,2	20	2,7	18,52	<0,001
Independente	937	95,6	227	90,8	710	97,3		
AIVD**								
Dependente	689	70,3	202	80,8	487	66,7	18,05	<0,001
Independente	291	29,7	48	19,2	243	33,3		

Fonte: a autora, 2013.

Notas: Sinais convencionais:

*Atividades básicas de vida diária;

**Atividades instrumentais de vida diária;

***Coeficiente de associação qui-quadrado de Pearson χ^2 ;

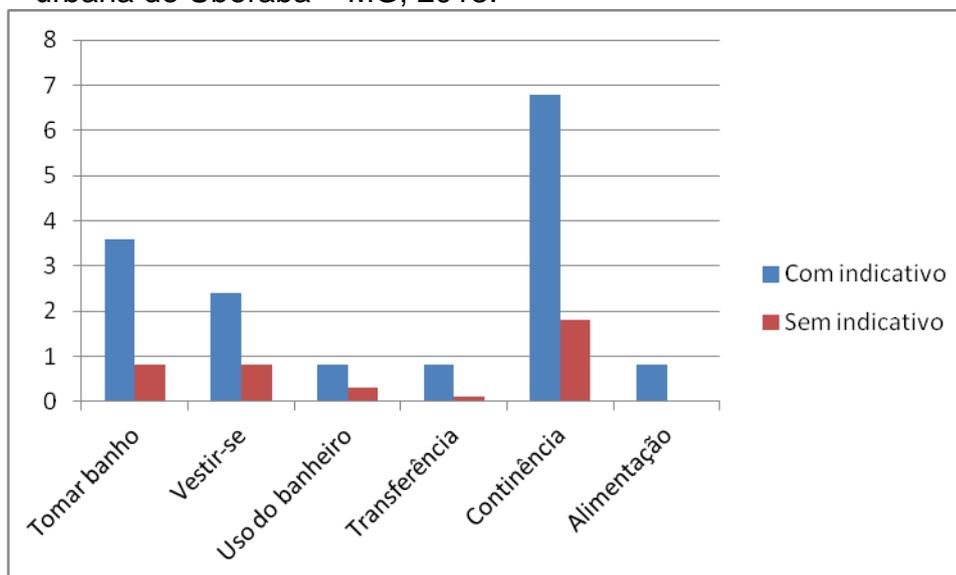
**** Valor de p, para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância <0,1.

Ressalta-se que as maiores porcentagens de dependência para ABVDs, em ambos os grupos, convergiram para a área de funcionamento “continência”, concordando com outro estudo (NUNES et al. 2010). As menores proporções de dependência para realização de ABVDs ocorreram na área “uso do banheiro” e “transferência” entre idosos com indicativo de depressão e “alimentação” entre os sem sintomatologia depressiva (Figura 1). Sabe-se que a presença de incontinência urinária ou fecal tende a confinar o idoso ao lar, em virtude do constrangimento decorrido desses agravos. Como consequência as chances de o idoso apresentar solidão, depressão e alteração cognitiva são aumentadas (NAKATANI et al., 2009). À equipe básica de saúde cabe a identificação dessa situação, buscando uma intervenção precoce e eficaz.

Ainda em relação à capacidade funcional, salienta-se que porcentagens superiores de dependência para realização de AIVDs confluíram, nos dois grupos, para a atividade “viagens”. As menores porcentagens relacionaram-se com a atividade “medicações” entre os com indicativo de depressão e “telefone” dentre os sem indicativo de depressão (Figura 2). Para a realização de viagens de forma independente é necessário que os idosos tenham bom equilíbrio e mobilidade preservada. Além disso, possíveis dificuldades para subir e descer escadas comprometem a autonomia e independência do idoso durante o deslocamento, como consequência, inclusive, da evolução das doenças crônicas não transmissíveis (NAKATANI et al., 2009). De modo contrário ao evidenciado no presente estudo, pesquisa realizada no Maranhão registrou maior incapacidade funcional para AIVDs na atividade “telefone” (OLIVEIRA et al., 2012a).

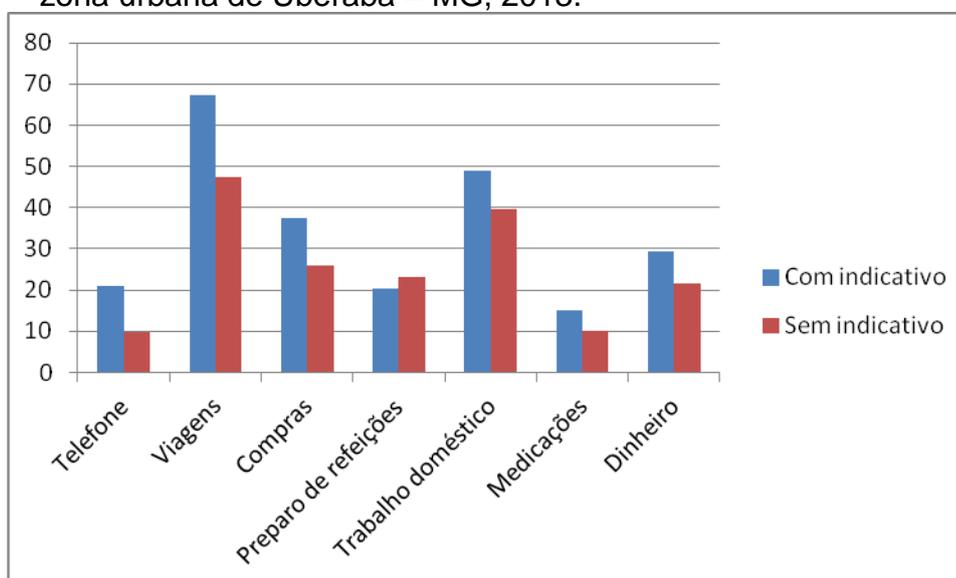
Sublinha-se, ainda, que a incapacidade para realização de atividades domésticas, segunda maior verificada no presente estudo, pode comprometer a salubridade do domicílio e também do idoso. Não poder mais realizar tais atividades de maneira independente pode gerar no idoso sentimentos de culpa ou níveis baixos de autoestima (NAKATANI et al., 2009).

Figura 3 - Distribuição da porcentagem de dependência para ABVDs em idosos com e sem indicativo de depressão residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

Figura 4 - Distribuição da porcentagem de dependência para AIVDs em idosos com e sem indicativo de depressão residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

Em relação ao nível de atividade física predominaram, em ambos os grupos, indivíduos suficientemente ativos. Entretanto, dentre aqueles com sintomatologia depressiva, 94 (37,6%) eram insuficientemente ativos, e naqueles com ausência do

indicativo de depressão tal porcentagem foi menor, 224 idosos (30,7%). A análise bivariada foi significativa, evidenciando que menores níveis de atividade física estiveram associados à presença do indicativo de depressão ($p=0,044$) (Tabela 3).

Estudos têm demonstrado uma relação inversa entre presença de sintomas depressivos e atividade física (BARCELOS-FERREIRA et al., 2013; REICHERT et al., 2011).

Revisão sistemática concluiu que a prescrição adequada e adaptada de exercícios físicos às características individuais dos idosos depressivos reduz a sintomatologia. Tais resultados aplicam-se tanto a estudos que utilizaram critérios clínicos para diagnóstico da depressão quanto àqueles que apenas rastrearam a sintomatologia depressiva (BRIDLE et al., 2012).

O exercício físico, igualmente, teve efeito positivo na redução da sintomatologia depressiva e melhora funcional de idosos brasileiros acompanhados durante um ano e quatro meses, em um programa de atividade física. Todavia, os resultados mostraram-se significativos apenas entre aqueles idosos assíduos ao programa, com frequência mínima de 75% das aulas. Registra-se que o estudo também utilizou os instrumentos GDS-15 e IPAQ (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2010).

Ensaio clínico randomizado conduzido na Inglaterra, todavia, concluiu que um ano de treinamento físico entre 891 idosos institucionalizados não teve efeito sobre sintomas depressivos (UNDERWOOD et al., 2013). Apesar de robusto, acredita-se que o estudo não tenha potencial de generalização, visto que foi realizado com idosos institucionalizados, houve baixa adesão ao treinamento físico (apenas metade dos idosos participou das sessões); foi realizado somente uma vez uma semana, o que não é fisiologicamente suficiente para incitar benefícios; e ter sido conduzido, em grande parte, na posição sentada, o que reduz a intensidade dos exercícios (BARRETO, 2013).

Dessa forma, maior elucidação acerca dos benefícios da atividade física em idosos com sintomatologia depressiva é necessária (MURA; CARTA, 2013; POTTER et al., 2011), mas parece não haver dúvidas quanto ao seu benefício na postergação de declínios funcionais e no manejo das doenças crônicas que têm como fator de risco o sedentarismo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Acentua-se que, dentre os quatro domínios avaliados pelo IPAQ (atividade física no trabalho; como meio de transporte; na realização de tarefas domésticas; e

como recreação, esporte, exercício e lazer), aqueles que mais contribuíram para a insuficiência entre idosos com indicativo de depressão foram atividade física no trabalho (mediana equivalente a 0, com valor máximo de 3.920 minutos) e atividade física em recreação, esporte, exercício e lazer (mediana igual a 0, com valor máximo de 840 minutos). Em contrapartida, o domínio em que mais foram dispendidos minutos relacionou-se com tarefas domésticas (mediana igual a 120, variando entre 0 e 2.520 minutos).

Entre os idosos sem indicativo de depressão, tal constatação foi similar, visto que, no domínio atividade física no trabalho, a mediana correspondeu a 0 e valor máximo chegou a 4.620 minutos. No domínio atividade física em recreação, esporte, exercício e lazer, a mediana foi igualmente 0 com valor máximo de 840 minutos. Neste grupo, o domínio ao qual foram dedicados mais minutos também foi atividades domésticas, com mediana correspondendo a 90 e variação de 0 a 5.080 minutos.

Possíveis explicações para a baixa demanda de atividade física em recreação, esporte, exercício e lazer relacionam-se à predominância de idosos de baixa renda tanto no grupo com indicativo de depressão quanto naqueles sem indicativo de depressão. Estudos mostram que o menor tempo gasto nesse domínio de atividade física são observados em pessoas com menor poder socioeconômico, em decorrência do pouco investimento em instalações de atividade física nos bairros mais pobres por parte do poder público (VALADARES et al., 2011) e menor conhecimento acerca dos ganhos à saúde decorrentes da prática de atividade física entre aqueles com piores condições socioeconômicas (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004).

A maior mediana encontrada foi no domínio atividade física como tarefa doméstica. Isso pode ser explicado pelo fato de que, em ambos os grupos estudados, predominou o sexo feminino. Nesse sentido, ao ocuparem-se durante maior tempo com tarefas domésticas, é possível que as mulheres abstenham-se da prática de atividade física de cunho recreacional.

No que diz respeito à dedicação insuficiente de tempo ao domínio atividade física no trabalho, considera-se o fato de que a maior parte dos idosos é aposentada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012) 82,7% das mulheres aposentadas ou pensionistas saem do mercado de trabalho após a aposentadoria. Dentre os homens esse percentual concentra-se em 63,7%.

Em relação ao total de minutos semanais gastos em atividades físicas, considerando o somatório de todos os domínios, observou-se que o grupo com indicativo de depressão dedicou menos minutos à atividade física (mediana de 240, variando de 0 a 3.950). Entre aqueles sem indicativo de depressão foram gastos mais minutos por semana (mediana de 325, variando de 0 a 7.835 minutos), o que está em concordância com outras pesquisas (BARCELOS-FERREIRA et al., 2012; REICHERT et al., 2011).

Tabela 3 - Nível de atividade física, segundo o indicativo de depressão de idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, 2013.

Variáveis	Total		Indicativo de depressão				*X ²	p ^{**}
			Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%		
Nível de atividade física								
Insuficientemente ativo	318	32,4	94	37,6	224	30,7	4,063	0,044
Suficientemente ativo	662	67,6	156	62,4	506	69,3		

Fonte: a autora, 2013.

Notas: Sinais convencionais:

*Coeficiente de associação qui-quadrado de Pearson X²;

** Valor de p para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância $p < 0,1$.

Concernente ao número total de morbidades obteve-se, em ambos os grupos, a predominância de cinco ou mais agravos, correspondendo a 76,4% entre os com indicativo de depressão e 53,6% dentre os idosos sem indicativo de depressão. A diferença foi significativa ($p < 0,001$), de maneira que múltiplas morbidades se associaram ao indicativo de depressão (Tabela 4).

Pesquisadores indianos verificaram que a prevalência de sintomas depressivos aumenta conforme há acréscimo do número de morbidades. A saber, 19% de sintomas depressivos em idosos sem nenhuma outra morbidade, 34% naqueles que tinham uma morbidade, 44% entre os que tinham duas morbidades e 53% quando o número de morbidades era igual ou superior a três ($p < 0,001$) (MANJUBHASHINI; KRISHNABABU; KRISHNAVENI, 2013). Assume-se que o prognóstico dos quadros depressivos são agravados mediante a presença de comorbidades, realçando, de maneira cumulativa o risco de suicídio entre idosos (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

Ainda assim, mesmo tendo conhecimento de que a associação de morbidades é um dos fatores de risco mais importantes para o desencadeamento de

sintomas depressivos, ela pode dificultar o reconhecimento da depressão pelos profissionais de saúde, mascarando os sintomas (SNOWDON, 2002).

Tabela 4 - Distribuição da frequência do número de morbidades, segundo o indicativo de depressão em idosos residentes na área urbana de Uberaba – MG, 2013.

Variáveis	Total		Indicativo de depressão				X ²	P
			Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%		
Número de morbidades								
Até 1	80	8,2	8	3,2	72	9,9		
1- 4	318	32,4	51	20,4	267	36,6	41,49	<0,001
5 ou mais	582	59,4	191	76,4	391	53,6		

Fonte: a autora, 2013.

Notas: Sinais convencionais:

*Coeficiente de associação qui-quadrado de Pearson X²;

** Valor de p para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância =0,1.

A Tabela 5 sintetiza a distribuição da frequência de morbidades autorreferidas, nos dois grupos. Os agravos mais reportados pelos idosos com e sem indicativo de depressão foram similares: HAS (69,9% e 63,4%); problema de coluna (64,5% e 47,1%) e problema de visão (59,6% e 50,1%), respectivamente. Já aquelas que se associaram à presença dos sintomas depressivos foram: reumatismo ($p=0,005$), artrite/artrose ($p<0,001$), osteoporose ($p<0,001$), embolia ($p=0,034$), má circulação ($p<0,001$), problemas cardíacos ($p=0,034$), acidente vascular encefálico ($p=0,003$), Parkinson ($p=0,001$), incontinência urinária ($p<0,001$), incontinência fecal ($p=0,002$), prisão de ventre ($p<0,001$), problemas para dormir ($p<0,001$), catarata ($p<0,001$), problemas de coluna ($p<0,001$), problema renal ($p<0,001$) e problema de visão ($p=0,007$).

Acredita-se que muitas dessas morbidades estejam associadas à adoção de comportamentos e hábitos de vida não salutar, em decorrência de circunstâncias sociais e econômicas desfavoráveis (GEIB, 2012).

Os agravos mais relatados, dentre aqueles com e sem indicativo de depressão foram: HAS, problemas para dormir, problemas de coluna e problemas de visão. Isso evidencia que a carga de morbidades entre os idosos, independente da presença de depressão, é similar. Dentre essas quatro, todavia, somente a HAS não esteve associada à sintomatologia depressiva na análise bivariada, apresentando

nível de significância limítrofe ($p=0,06$). Confirmando parcialmente esses achados, estudo concluiu que o diabetes mellitus, doença de Parkinson e outras condições crônicas frequentemente se associam à depressão (CAHOON, 2012). Investigação conduzida no Nordeste do Brasil pontuou que a doença de Parkinson foi a morbidade que mais se associou com a depressão (DUARTE; REGO, 2007). Neste estudo, a doença de Parkinson também esteve relacionada com a sintomatologia depressiva de maneira significativa ($p<0,001$).

A HAS é documentada na maior parte dos estudos envolvendo a população idosa como uma das morbidades mais prevalentes. É sabido que, durante o processo de envelhecimento, há mudanças da estrutura e composição do sistema vascular, diminuindo a eficiência do funcionamento vasomotor (GAZONI et al., 2009).

De forma semelhante, o envelhecer promove mudanças fisiológicas no padrão do sono, tendendo este a ser mais leve e diurno. Estudo apontou que as queixas crônicas de insônia foram identificadas em mais de 50% dos idosos, sendo um dos possíveis fatores causais a presença de transtorno depressivo (QUINHONES; GOMES, 2011), o que está em concordância com este estudo.

Também houve grande proporção de idosos que reportaram a presença de problemas de coluna. Sabe-se que a dor é entendida como um fenômeno subjetivo que envolve aspectos socioculturais e ambientais (DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007), levando cada indivíduo a se comportar de modo diferente frente a esta manifestação. Além disso, depressão e dor compartilharam os mesmos preditores (faixa etária mais alta e incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária) em um estudo longitudinal com amostra de 3.654 idosos chineses. Nesse estudo, problemas de visão também estiveram associados à sintomatologia depressiva (CHOU, 2007), corroborando os dados presentes.

Estudo do tipo meta-análise demonstrou a associação de algumas doenças crônicas não transmissíveis (acidente vascular encefálico, perda de audição, perda de visão, doença cardíaca e doença pulmonar crônica) com o risco de depressão (CHANG-QUAN et al., 2010), concordando, parcialmente, com os achados deste estudo.

Idosos depressivos, quando não são submetidos ao tratamento, tendem a apresentar pior prognóstico para doenças como hipertensão arterial, diabetes

mellitus e doenças cardíacas (MANJUBHASHINI; KRISHNABABU; KRISHNAVENI, 2013).

Tabela 5 - Distribuição da frequência de morbidades referidas pelos idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG, segundo o indicativo de depressão, 2013.

Doenças	Indicativo de depressão			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Reumatismo	60	24,3	117	16,2
Artrite/ artrose	112	45,3	231	32,0
Osteoporose	68	27,6	114	15,7
Asma ou bronquite	25	10,0	59	8,1
Tuberculose	1	0,4	1	0,1
Embolia	5	2,0	4	0,5
Pressão alta	174	69,9	461	63,4
Má circulação (varizes)	131	51,2	285	39,3
Problemas cardíacos	93	37,1	217	29,8
Diabetes	58	23,1	128	17,6
Obesidade	40	15,9	85	11,7
Derrame	18	7,2	21	2,9
Parkinson	8	3,2	4	0,5
Incontinência urinária	64	25,5	101	13,9
Incontinência fecal	11	4,4	9	1,2
Prisão de ventre	89	35,5	144	19,8
Problemas para dormir	141	56,2	216	29,6
Catarata	86	34,4	163	22,4
Glaucoma	19	7,6	41	5,6
Problemas de coluna	162	64,5	343	47,1
Problema renal	49	19,6	65	8,9
Sequela acidente/trauma	34	13,5	68	9,3
Tumores malignos	7	2,8	8	1,1
Tumores benignos	9	3,6	12	1,6
Problema de visão	149	59,6	366	50,1

Fonte: a autora, 2013.

Foram escolhidas, para compor o modelo de regressão logística binária, as variáveis que tiveram diferença significativa ($p < 0,1$) na análise bivariada, (sexo, escolaridade, renda, capacidade funcional para ABVDs e AIVDs, nível de atividade física e número de morbidades).

Desse modo, após a análise de regressão, permaneceram como preditores da sintomatologia depressiva: baixa renda, incapacidade funcional para ABVDs e AIVDs e número de morbidades quando igual ou superior a 5 (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da razão de chances brutas e ajustadas das variáveis sociodemográficas, de funcionalidade e hábito de vida e morbidades dos idosos com e sem indicativo de depressão residentes na zona urbana do município de Uberaba – MG, 2013.

Variáveis	Indicativo de depressão				Análise bruta		Análise ajustada	
	Sim		Não		RC* não ajustada (IC)	P**	RC* ajustada (IC)	P***
	N	%	N	%				
Sexo								
Fem	178	71,2	453	62,1	1,51(1,10-2,06)	0,009	1,17(0,83-1,64)	0,348
Masc	72	28,8	277	37,9				
Escolaridade								
Sem	66	26,4	146	20,0	1,70(1,20-2,40)	0,002	1,32(0,81-2,15)	0,256
1 5 anos	144	57,6	405	55,5	1,43(1,05-1,96)	0,020	1,14(0,75-1,73)	0,525
5 ou mais	40	16,0	179	24,5	-	-	-	-
Renda individual								
Sem renda	25	10,0	50	6,8	2,26(1,31-3,89)	0,003	1,89(1,05-3,38)	0,032
Até 1 salário	152	60,8	350	47,9	1,96(1,43-2,69)	<0,001	1,59(1,13-2,23)	0,007
>1 salário	73	29,2	330	45,2	-	-	-	-
ABVD								
Dependente	23	9,2	20	2,7	3,59(1,94-6,67)	<0,001	2,52(1,32-4,82)	0,005
Independente	227	90,8	710	97,3				
AIVD								
Dependente	202	80,8	487	66,7	2,10(1,47-2,98)	<0,001	1,69(1,16-2,46)	0,005
Independente	48	19,2	243	33,3				
Nível de atividade física								
Insuficiente	94	37,6	224	30,6	1,36(1,00-1,83)	0,044	1,00(0,72-1,39)	0,967
Suficiente	156	62,4	506	69,3				
Número de morbidades								
Até 1	8	3,2	72	9,9	-	-	-	-
1- 4	51	20,4	267	36,6	1,60(0,79-3,24)	0,174	1,56(0,70-3,48)	0,275
5 ou mais	191	76,4	391	53,6	4,39(2,07-9,31)	<0,001	3,45(1,59-7,44)	0,002

Fonte: a autora, 2013.

Notas: Sinais convencionais:

* Razões de Chances (RC);

** Valor de p , para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância <0,1 antes do ajuste;

*** Valor de p , para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância <0,05 após o ajuste.

No tocante à renda, aqueles idosos da categoria sem renda tiveram 1,89 vez mais chance de apresentar indicativo de depressão do que aqueles com renda individual maior que um salário-mínimo ($p=0,032$), e aqueles com renda de até um salário-mínimo apresentaram 1,59 vez mais chances do que aqueles com renda maior que um salário-mínimo ($p=0,007$) (Tabela 6).

Os estudos têm indicado uma relação inversa entre renda e sintomatologia depressiva. Pesquisa realizada com 32.891 idosos japoneses encontrou associação entre sintomatologia depressiva, avaliada por meio da GDS 15, e baixa condição socioeconômica. Atribui-se tal achado ao fato de que sujeitos deprimidos têm menor probabilidade de se manter em um trabalho que lhes assegure uma renda alta, o que, a longo prazo, os coloca numa situação de desfavorecimento financeiro. Atesta-se, ainda, que rendas mais baixas expõem os indivíduos a mais agentes estressores, tais quais conflitos econômicos, piores condições de vida (MURATA et al., 2008) e piores condições de trabalho (VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2011).

Do total de idosos com rastreamento positivo para depressão leve de um estudo realizado em João Pessoa, Paraíba, 29,8% possuíam renda familiar inferior a um salário-mínimo (OLIVEIRA et al., 2012b). Salienta-se que, muitas vezes, o idoso é o provedor da família, sendo a ele incumbida a tarefa de cobrir as despesas do lar (GEIB, 2012; LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Nesse sentido, o estresse advindo da escassez de recursos financeiros pode contribuir para a manifestação de sintomas depressivos, sendo essa uma possível explicação para a variável renda ter se mantido como preditora do indicativo de depressão neste estudo.

Pesquisas conduzidas no Brasil pontuaram que idosos pertencentes a um estrato socioeconômico inferior tiveram prevalência de depressão 50% maior do que aqueles com rendas mais altas (BLAY et al., 2007; CREPALDI, 2009), evidenciando as implicações da renda sobre a saúde mental do indivíduo.

Adicionalmente, acredita-se que sujeitos com maiores níveis educacionais e de renda tenham mais acesso a informações sobre o transtorno, resultando em maior possibilidade de obtenção de respostas positivas ao tratamento (ZIMMERMAN; KATON, 2005). Com efeito, no presente estudo predominaram idosos com baixo nível de escolaridade e de renda e alta porcentagem de sintomatologia depressiva.

Referente à capacidade funcional, aqueles com dependência para realização de ABVDs tiveram 2,52 vezes mais chances de manifestação dos sintomas

depressivos do que os idosos sem dependência ($p=0,005$). Em relação às AIVDs, houve 1,69 vez mais chances de apresentar indicativo de depressão aqueles com dependência em comparação com os idosos sem incapacidade para essas atividades ($p=0,005$) (Tabela 6).

Estudo conduzido no município de São Paulo evidenciou que, apesar de as mulheres idosas apresentarem maior expectativa de vida do que os homens, elas revelaram maior quantidade de anos vividos com incapacidade funcional e dependência (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005). Desta forma, a avaliação incipiente da capacidade funcional para as AVDs pode direcionar intervenções, postergar incapacidades e prevenir possíveis dependências.

Incapacidades graves são duas vezes mais frequentes entre idosos com sintomas depressivos e três vezes mais constantes entre aqueles com diagnóstico de depressão pelos critérios da CID-10, do que naqueles livres de sintomas. Tais resultados aproximam-se aos verificados nesta pesquisa (SILVA; SCAZUFCA; MENEZES, 2013).

O estudo de coorte paulistano Epidemiologia do Idoso (EPIDOSO) identificou acréscimo na razão de chances de perda funcional, conforme há aumento da faixa etária em idosos, assim como na presença das doenças: hipertensão, diabetes e asma, e pontuação menor que 24 no Miniexame do Estado Mental (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011). Reconhece-se, portanto, que o declínio funcional característico do processo de envelhecimento acentua-se na presença de comorbidades.

É interessante registrar que a presença de sintomas depressivos pode alterar a percepção do sujeito, favorecendo a superestimação da presença de incapacidades (SINCLAIR, 2001; KATON, 2011), quando são autorreportadas.

Estudo multicêntrico realizado em países de baixa renda ponderou que a depressão exerce tanta influência sobre a incapacidade funcional quanto a presença de outras doenças crônicas em idosos (SOUZA et al., 2009). Outro estudo também destacou que sintomas depressivos colaboram para a incapacidade funcional entre idosos que possuem renda baixa e média (SILVA; SCAZUFCA; MENEZES, 2013), concordando com os dados da presente pesquisa.

De maneira similar a este estudo, a depressão também esteve associada à dependência para realização de ABVDs e AIVDs, em um inquérito realizado no

município de Goiânia, com 388 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (NUNES et al., 2010).

A avaliação da funcionalidade permite identificar restrições e potencialidades, orientando a adoção de estratégias junto à população idosa (NAKATANI et al., 2009). Depreende-se, destarte, que a manutenção da funcionalidade deve ser foco das intervenções em saúde.

A independência para a realização das AVDs envolve aspectos de cunho emocional, físico e social (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007). Assim, o manejo dos sintomas depressivos, conduzido principalmente pela atenção básica, pode reduzir os níveis de incapacidade funcional entre idosos (SILVA; SCAZUFCA; MENEZES, 2013). O uso das escalas de mensuração e estratificação da capacidade funcional pode, por sua vez, se conformar como um recurso eficaz na identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de incapacidades (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005), as quais podem oportunizar o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Nesse sentido, é necessário que haja estímulo para a realização de atividades do dia a dia junto aos idosos por parte da equipe de saúde e dos familiares, para a reabilitação ou a otimização da capacidade funcional (FERREIRA, 2011), podendo influenciar, diretamente, a evolução do quadro depressivo.

Em se tratando do número de morbidades, encontrou-se que aqueles com 5 ou mais agravos tiveram 3,45 vezes mais chances de evidenciar sintomatologia depressiva do que aqueles com até uma morbidade ($p=0,002$). Entretanto, quando foi comparada a presença de 2 a 4 agravos com a categoria composta por até uma morbidade, não houve diferença significativa, quanto à manifestação de sintomas depressivos ($p=0,275$) (Tabela 6).

Estudo de base populacional envolvendo adultos de Florianópolis, Santa Catarina, também revelou que a prevalência de depressão é significativamente maior entre pessoas com maior número de doenças crônicas (BOING et al., 2009). Embora tenha recrutado indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, é pertinente destacar que esses sujeitos são aqueles que comporão, futuramente, a parcela de idosos do país.

De acordo com os estudos de Duarte e Rego (2007), no município de Salvador, Bahia, estudo conduzido com idosos de um ambulatório registrou associação positiva entre depressão e número de morbidades crônicas quando

maior que três, divergindo dos achados do presente estudo, cujo limite inferior de agravos associados ao indicativo de depressão concentrou-se em cinco.

Estudo desenvolvido com 1.659 idosos na Alemanha mostrou que sintomas depressivos são significativamente mais frequentes naqueles indivíduos com número de comorbidades maior que cinco (SPANGENBERG et al., 2011), o que está em confluência com a presente pesquisa.

Acredita-se que a presença de múltiplas morbidades em idosos conduz a uma interação entre essas doenças, com efeito cumulativo, o que pode causar repercussões orgânicas e psicossociais (DUARTE; REGO, 2007; MILLS, 2001) e favorecer o aparecimento de transtornos depressivos. Ademais, indivíduos depressivos são mais suscetíveis a prognósticos reservados e desfechos negativos para as doenças crônicas não transmissíveis (BOING et al., 2012).

Complementarmente, pesquisa nigeriana destacou que a depressão causa mais incapacidades do que a artrite, problemas crônicos de coluna ou HAS (GUREJE; ADEMOLA; OLLEY, 2008).

Outra pesquisa revelou que cerca de 75% dos idosos com suspeita de depressão ou déficit cognitivo eram portadores de, pelo menos, mais uma patologia crônica (GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011).

De acordo com o IGBE, 2008, 79,1% de idosos brasileiros com idade igual ou superior a 65 anos apresentam, pelo menos, uma doença crônica.

Estudo que objetivou verificar as tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), indicou que a maioria das doenças estudadas foram mais prevalentes nos segmentos de menor escolaridade e sem plano de saúde (BARROS et al., 2011). Com efeito, no presente estudo, houve maior proporção de idosos com condições socioeconômicas desfavoráveis, bem como a predominância de cinco agravos ou mais.

Levando-se em conta que a população brasileira é uma das que envelhece de maneira mais veloz no mundo, a carga de doenças crônicas não transmissíveis tende a caminhar para o aumento (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008), exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população.

6 CONCLUSÃO

A proporção de idosos com indicativo de depressão correspondeu a 25,5%. Em ambos os grupos, os maiores percentuais concentraram-se em idosos do sexo feminino, na faixa etária de 70 |80 anos, com 1 |5 anos de estudo e renda de até um salário-mínimo. Referente ao estado conjugal, entre aqueles com indicativo de depressão predominaram os viúvos. Já entre os sem indicativo de depressão, houve maior percentual de idosos que moravam com esposo(a) ou companheiro(a). Morar acompanhado foi o arranjo de moradia mais reportado pelos idosos dos dois grupos.

Em relação à capacidade funcional prevaleceram a independência para a realização de ABVDs e a dependência para as AIVDs, nos dois grupos. Igualmente, houve maior proporção de idosos suficientemente ativos, quando da mensuração do nível de atividade física. O número de morbidades mais recorrente foi de cinco ou mais agravos, referidos pelos idosos de ambos os grupos.

Na análise ajustada, permaneceram, como preditoras do indicativo de depressão, as variáveis baixa renda, incapacidade funcional para realização de ABVDs e AIVDs e a presença de cinco ou mais morbidades, o que corrobora a hipótese do presente estudo.

Em contrapartida, refutou-se a hipótese de o indicativo de depressão associar-se ao sexo feminino, à maior faixa etária, à menor escolaridade, à inexistência de companheiro e a menor nível de atividade física.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo transversal se destaca por permitir a geração de hipóteses, a rapidez de levantamento de dados e apresentar custo reduzido. Todavia, resvala no apontamento de inferências causais, dada a simultaneidade da avaliação da exposição e desfecho, não permitindo explorar relações de causalidade. A presente pesquisa também apresenta como limitação a obtenção de dados por autorrelato, o que pode subestimar ou superestimar as informações fornecidas. Ademais, a diversidade de instrumentos de pesquisa e de parâmetros de classificação para análise dos construtos dificulta a comparação dos resultados entre os estudos.

Ainda assim, é possível concluir a necessidade de ênfase na elaboração de políticas públicas e efetivação de estratégias de promoção de saúde voltadas à população idosa, intervindo nos fatores de risco para a manifestação da sintomatologia depressiva, cujo impacto na saúde do idoso revela-se expressivo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-6, 1999a.
- ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S. A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v.14, n. 10, p. 858-65, 1999b.
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 217-24, 2010.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 1924-30, 2007.
- ARGIMON, I. I. L.; STEIN, M. L. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.64-72, 2005.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual de diagnóstico estatístico de doença mental (DSM-IV-TR)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BANDEIRA, C. B. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.4, n.15, p.189-204, 2008.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: WH Freeman; 1997.
- BARCELOS-FERREIRA, R. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, Cambridge, v. 22, n. 5, p.712–726, 2010.
- BARCELOS-FERREIRA, R. et al. Clinical and sociodemographic factors in a sample of older subjects experiencing depressive symptoms. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 27, p. 924–30, 2012.
- BARCELOS-FERREIRA, R. et al. Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from São Paulo. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 150, n. 2, p. 616–22, 2013.
- BARRETO, P. S. Exercise for depression in elderly people. **Lancet**, London, v. 382, p. 1325, 2013. Correspondence.

BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p.598-605, 2007.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General psychiatry**, London, v.4, p.561-571,1961.

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, p. 302-307, abr. 2008.

BENEDETTI, T. R. B.; ANTUNES, P. D. C.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; MAZO, G. Z.; PETROSKI, É. L. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 13, n. 1, p.11-6, jan/fev. 2007.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Mini Exame do Estado Mental e Escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BLAY, S. L; ANDREOLI, S. B; FILLENBAUM, G. G. Depression in later life: prevalence and correlates in developing country. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, London, v. 15, n. 9, p. 790-799, sep. 2007.

BOING, A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012.

BORGES, J. L.; BENEDETTI, T. R.B.; MAZO, G. Z. The influence of physical exercise on depressive symptoms and functional fitness in elderly residents of south Brazil. **Revista Española de Geriatria e Gerontología**, Madrid, v. 45, n. 2, p. 72 –8, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. 192 p.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. In: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Estatuto do Idoso. Legislação da Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

BRIDLE, C. et al. Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials **The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, London, v. 201, n. 3, p. 180–5, 2012.

BRUNONI, A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 87, n. 4, p.251-63, 2008.

BÜCHTEMANN, D. et al. Incidence of late-life depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, London, v. 142, n. 1-3, p. 172–9, 2012.

CAHOON, C. G. Depression in older adults: A nurse's guide to recognition and treatment. **American Journal of Nursing**, New York, v. 112, n. 11, p. 22-33, 2012.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-81, 2003.

CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I. H. O.; MACHADO, C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 17, n. 5-6, p.379–86, 2005.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2985-94, 2013.

CHANG-QUAN, H, et al. Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. **Ageing Research Reviews**, Oxford, v. 9, n. 2, p. 131–41, 2010.

CHEIK, et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2003.

CHOU, K. L. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal of Affective Disorders**, London, v. 102, n.1-3, p. 115–23, 2007.

COHEN-MANSFIELD, J; SHMOTKIN, D; GOLDBERG, S. Predictors of longitudinal changes in older adults physical activity engagement. **International Society for Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 18, n. 2, p.141-157, 2010.

CONTE, L.B.D; SOUZA, L.N.A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 214-9, 2009.

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

DELLAROZA, M. S. G; PIMENTA, C. A. M; MATSU, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-60, 2007.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, p.6-11, maio 1999, supl.1.

- DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P.; GIGANTE, D. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 204-15, jan/fev, 2004.
- D'ORSI, E; XAVIER, A. J; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidioso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p.685-92, 2011.
- DRAGO, S. M. M. S. Depressão no idoso. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado). Instituto politécnico de Viseu, Viseu, 2011.
- DUARTE, M. B; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 691-700, 2007.
- FERNANDES, M. G. M; NASCIMENTO, N. F. S; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.
- FERREIRA, P. C. S. **Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão em idosos residentes na zona rural**. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2011.
- FIEST, K. M. et al. Chronic conditions and major depression in community-dwelling older adults. **Journal of affective disorders**, London, v.131, n. 1-3, p.172–178, 2011.
- FISKE, A; WETHERELL, J.L; GATZ, M. Depression in older adults. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v.5, p.363–89, 2009.
- FRANK, M. H; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 376-87.
- GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-71, 2004.
- GAZONI, F. M. et al. Hipertensão sistólica no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.34-37, 2009.
- GEIB, L.T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-33, 2012.
- GOLDEN S.H. et al. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 299, p. 2751–9, 2008.

GOMES, J. E; RUIZ, T; CORRENTE, J. E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. **Revista Bras de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 125-32, 2011.

GUREJE, O; ADEMOLA, A; OLLEY, B. O. Depression and Disability: Comparisons with Common Physical Conditions in the Ibadan Study of Aging. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 56, p.2033–8, 2008.

HOFFMANN, E. J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 190-7, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008). Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <
www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

_____. **Sinopse do censo demográfico Brasil, Minas Gerais 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo_piramide>. Acesso em: 15 ago. 2013.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <
ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdfhttp://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicador_esminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 03 out. 2013.

KATON, W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, Neuilly-sur-Seine, v. 13, n. 1, p.7-23, 2011.

KATZUNG, B. G. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In:_____ (Org.). **Farmacologia básica & clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 889-906.

KIM, J. I.; CHOE, M. A.; CHAE, Y R. Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. **Asian Nursing Research**, Singapore, v. 3, n. 3, p. 121-9, 2009.

LEBRÃO, M. L; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.127-41, 2005.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n.17, p.135-40, 2007.

- LIMA, M. T. R; SILVA, R.S; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n.1, p.1-7, 2009.
- LI, Y. et al. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas*, Limerick, v. 61, n. 3, p. 238-42, 2008.
- LIN, E. H. et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. **Diabetes Care**, New York, v. 27, p. 2154-60, 2004.
- LINO, V.T.S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.103-112, 2008.
- LUPPA, M. et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematicreview and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 136, n. 3, p. 212–21, 2012.
- MACIEL, A.C.C; GUERRA, E.O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.55, n.1, p. 26-33, 2006.
- MANJUBHASHINI, S.; KRISHNABABU, G.; KRISHNAVENI, A. Epidemiological study of depression among population above 60 years in Visakhapatnam, India. **International Journal of Medical Science and Public Health**, Maharashtra , v. 2, n. 3, p. 695-702, 2013.
- MILLS, T. L. Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 53, n. 5, p.569-78, 2001.
- MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-9, 2012.
- MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 70-79, 2007.
- MORENO, D.H; SOARES, M. B. M. **Diagnóstico e tratamento: elemento de apoio. Depressão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003. 64 p.
- MURA, G.; CARTA, M. G. Physical Activity in Depressed Elderly. A Systematic Review. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, Hilversum, v. 9, p. 125-35, 2013.

MURATA, C. et al. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: The Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). **Health & Place**, Exford, v. 14, n. 3, p.406–14, 2008.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], Goiânia, v. 11, n. 1, p.144-50, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>>. Acesso em: 02 set. 2013.

NELSON, M. et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 39, n. 8, p.1435-45, 2007.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p.2887-98, 2010.

OLIVEIRA, D.A.A.P; GOMES, L; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-6, 2006.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. Avaliação das atividades instrumentais da vida diária em idosos da periferia de São Luís, Maranhão. **Journal of Management and Primary Health Care**, Olinda, v. 3, n. 1, p.43-7, 2012(a).

OLIVEIRA, M. F. **Sintomatologia depressiva e representações sociais de ser idoso e depressão**. 2011. 77f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2011.

OLIVEIRA, M. G. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p.2191-8, 2012(b).

ONDER, G. et al. Association between pain and depression among older adults in Europe: Results from the aged in home care (AdHOC) project: A cross-sectional study. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 66, n. 8, p.982–8, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Salud mental**: la depresión. Nota descriptiva N°369. Ginebra, 2012 Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas: informe sobre la salud en el mundo.** Ginebra, 2001. <Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermería gerontológica: conceptos para la practica.** Washington, 1993, p. 59. (Série PALTEX: 31)

PAPALÉO NETTO, M. Introdução ao estudo do envelhecimento e da velhice. In: Viana E. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 2-12.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1257-64, 2008.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-7, feb. 1995.

PATERSON, D. H; WARBURTON, D. E. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. **The international journal of behavioral nutrition and physical activity**, London, v. 7, n. 38, p.1-22, 2010.

PEDRAZZI, E. C; RODRIGUES, R. A. P; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 407-13, out./dez. 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREZ, E. R.; WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. H. C. Análise dos determinantes da participação no mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 269-86, 2006.

PICCINELLI, M; WILKINSON, G. Gender differences in depression. **British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, London, v.177, p.486-92, 2000.

PIRKIS, J. et al. The community prevalence of depression in older Australians. **Journal of Affective Disorders**, London, v. 115, 54–61, 2009.

POTTER, R. et al. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 26, p. 1000–11, 2011.

PRINCE, M. J. et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. **British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, London, v. 174, n. 4, p. 339-45, 1999.

QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (Org.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 40.

QUINHONES, M. S; GOMES, M. M. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p.31-42, 2011.

RAMOS, E. L.; SOUZA, N. V. D. O.; CALDAS, C. P. Qualidade de vida do idoso trabalhador. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 507-11, 2008.

RAMOS, L. R. **Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community**. 1987. 326 p. London School Hygiene and Tropical of Medicine, London, 1987.

REICHERT, C. L. et al. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.33, n.2, p.1-6, June, 2011.

REQUENA, C.; LÓPEZ, V.; ORTIZ, T. Satisfaction with life related to functionality in active elderly people. **Actas Españolas de Psiquiatria**, Barcelona, v. 37, n. 2, p.61-67, 2009.

REUBEN, D. B; WIELAND, D; RUBENSTEIN, L. Z. Functional status assessment of older persons: concepts and implications. **Facts and Research in Gerontology**, v. 7, p. 231-40, 1993.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 501-9, 2009.

RIBEIRO, L. H. M; NERI, A. L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.2169-2180, 2012.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SANTOS, K. T. et al. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 16, n. 4, p. 295-300, Jul/Ago. 2012.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [on line], v. 21, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40811508010>> ISSN 1806-1222>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SCHOEVERS, R. A. et al. Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 24, p. 169-176, 2009.

SILVA, S. A; SCAZUFCA, M; MENEZES, P. R. Population impact of depression on functional disability in elderly: results from “São Paulo Ageing & Health Study” (SPAH). **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, Berlin, v. 263, p.153-8, 2013.

SINCLAIR, P. A. et al. Depression and self-reported functional status in older primary care patients. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 158, n. 3, p. 416-9, 2001.

SNOWDON, J. How high in the prevalence of depression in old age? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 542-7, 2002.

SOARES, C. N. Depression during the menopausal transition: window of vulnerability or continuum of risk? **Menopause Journal**, Nova Iorque, v. 15, n. 2, p. 207-9, mar./abr. 2008.

SOUSA, R. M. et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 dementia research group population-based survey. **Lancet**, London v. 374, p.1821–30, 2009.

SPANGENBERG, L. et al. The association of depression and multimorbidity in the elderly: implications for the assessment of depression. **Psychogeriatrics**, Oxford, v. 11, n. 4, p. 227-34, 2011.

TENG, C. T; HUMES, E. C; DEMETRIO, F. N. Depression and medical comorbidity. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p.149-59, 2005.

TIER, C. G. et al. Escalas de avaliação da depressão em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 2/3, p. 27-36, maio/dez. 2007.

TORIJA, J. R. U. et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 21, n.1, p.37-42, 2007.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.849-53, 2003.

UNDERWOOD, M. et al. Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. **Lancet**, London, v. 382, n. 9886, p.41-9, 2013.

VALADARES, A. L. R. et al. Association between different types of physical activities and quality of life in women aged 60 years or over. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 450-5, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 548-54, 2009.

_____. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2463-6, 2007.

VERBRUGGE, L. M; JETTE, A. M. The disablement process. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 38, p. 1-14, 1994.

VINK, D.; AARTSEN, M. J.; SCHOEVEERS, R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. **Journal of Affective Disorders**, London, v. 106, n. 1-2, p. 29-44, 2008.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S; GUERRA, R. O. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 430-5, 2008.

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

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: inquérito de saúde no estado de São Paulo (ISA - SP), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p.1606-18, 2010.

ZHAO, K. X. et al. Age and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of the published literature. **CNS Spectrums**, New York, v. 17, n. 3, p. 142-54, 2012.

ZIMMERMAN, F.J.; KATON, W. Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? **Health Economics**, Chichester, v. 14, n. 12, p. 1197-215, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? _____

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que lugar estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100_93_86_79_72_65

Nota: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

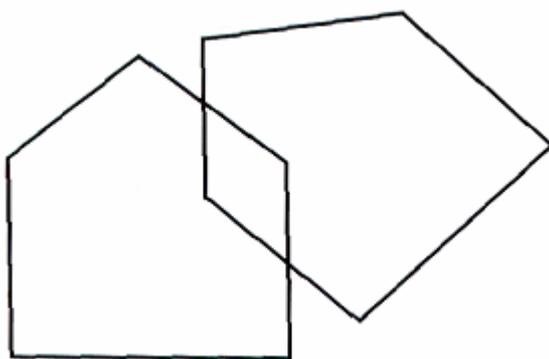
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos \leq 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18

• com escolaridade superior a 11 anos \leq 26

ATENÇÃO: Somente prossiga a entrevista após a avaliação cognitiva.

ANEXO 2

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Registro:** _____
Início da entrevista: _____ **Término:** _____ **Data:** _____
Local: _____ **Endereço:** _____ **Tel:** _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

1) Data de nascimento: ____/____/____
Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter acima de 60 anos de idade. No caso de incerteza peça, ao entrevistado, documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo.....
 1- Masculino 2- Feminino

3) Qual o seu estado conjugal?.....
 1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

4) Escolaridade:.....
 Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.
 99- Ignorado

5) Qual a sua renda individual:.....
 1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 a 3 salários mínimo 5 - De 3 a 5 salários mínimo 6 – mais de 5 salários mínimo

ANEXO 3

Instrumento para coleta de dados referentes às morbidades autorreferidas

O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde? (*Circule a resposta*)

Morbidades	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99
F) Embolia	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99
J) Diabetes	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99
L) Derrame	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99
R) Catarata	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99

V) Sequela acidente/trauma	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99
X) Tumores benígnos	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99
Z) Outras (_____)	1	2	99
	1	2	99
	1	2	99
	1	2	99

36) Número de doenças.....

--	--

ANEXO 4

LEIA AS QUESTÕES SEGUINTE EXATAMENTE COMO ESTÃO ESCRITAS**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA**

Para cada questão abaixo assinale no campo Não ou Sim. (Circule a resposta)

	Questões	Não	Sim
132	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
133	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
134	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
135	Você se aborrece com frequência?	0	1
136	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
137	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
138	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
139	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
140	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
141	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
142	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
143	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
144	Você se sente cheio de energia?	1	0
145	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
146	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1

TOTAL (coloque a soma da pontuação obtida pelo idoso).....

Considere: A soma total de pontos maior que 5 é indicativa de depressão.

147) Presença de indicativo de depressão:.....

(1) Sim (2) Não

Considere: A soma total de pontos superior a 5 é indicativa de depressão.

51) Resultado obtido: Escore

Classificação: indicativo de depressão (1)sim (2)não.....

ANEXO 5

CAPACIDADE FUNCIONAL

23) Formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD)– ESCALA DE KATZ

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional do idoso ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

Área de funcionamento	Indep. Dep.
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(I) (I) (D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(I) (I) (D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) 1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(I) (I) (D)
Transferência 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	(I) (I) (D)
Continência 1. Controla inteiramente a micção e a evacuação 2. Tem “acidentes” ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(I) (I) (D)
Alimentação 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	(I) (I) (D)

0: independente em todas as seis funções;

- 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
- 2: independente em quatro funções e dependente em duas;
- 3: independente em três funções e dependente em três;
- 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções.

24) Classificação(0,1,2,3,4,5,6).....

25) Número de ABVD que não consegue realizar (Considere os itens em que marcou Dependente)...

ANEXO 6

26) Atividades instrumentais da vida diária (AIVD) - ESCALA DE LAWTON E BRODY (Circule a resposta)

Atividade	Avaliação	
Em relação ao uso do telefone...		
a) Telefone	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
Em relação as viagens...		
b) Viagens	Realiza viagem sozinho	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
Em relação a realização de compras...		
c) Compras	Realiza compras, quando é fornecido transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
Em relação ao preparo de refeições...		
d) Preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar as próprias refeições	1
Em relação ao trabalho doméstico...		
e) Trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
Em relação ao uso de medicamentos...		
f) Medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou de assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos	1
Em relação ao manuseio do dinheiro		
g) Dinheiro	Preenche cheques e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...	1

Atenção! Para classificação do idoso quanto às AIVDs faça a soma dos itens assinalados acima:

27. TOTAL.....

28. Classificação da dependência para AIVDs.....

(1) Dependência total: igual a 7 pontos

(2) Dependência parcial: 7-20 pontos

(3) Independente: 21 pontos

Tempo minutos							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

1d. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda/caminha, durante, **pelo menos, 10 min contínuos, como parte do seu trabalho?** Por favor, **NÃO** incluir o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o (a) Senhor (a) e voluntário.

_____ minutos () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 2 - Atividade Física como meio de Transporte

Tempo $(2a + 2b + 2c) =$: _____ min/sem

Estas questões se referem à forma normal como o (a) Senhor (a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, feira, igreja, cinema, lojas, supermercado, encontro do grupo de terceira idade ou qualquer outro lugar.

2a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de carro, ônibus ou moto?

_____ minutos () nenhum - **Vá para questão 2b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de bicicleta por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** incluir o pedalar por lazer ou exercício).

_____ minutos () Nenhum - **Vá para a questão 2c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

2c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) caminha por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, feira, medico, banco, visita um parente ou vizinho? (**NÃO** incluir as caminhadas por lazer ou exercício).

_____ minutos () Nenhum - **Vá para a Seção 3**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 3 – AF em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família

$$\text{Tempo } (3a + 3b + 3c) = \text{_____ min/sem}$$

Esta parte inclui as atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal/habitual** dentro e ao redor de sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por, pelo menos, 10 min contínuos**.

3a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10min como: carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, cortar lenha, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura:

_____ minutos () nenhum - **Vá para a questão 3b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10 min como: carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, limpar a garagem, brincar com crianças, rastelar a grama, serviço de jardinagem em geral.

_____ minutos () Nenhum - **Vá para questão 3c.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas dentro de sua casa** por pelo menos 10 minutos como: carregar pesos leves, limpar vidros ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro, varrer ou limpar o chão.

_____ minutos () Nenhum - **Vá para seção 4**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 4, Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer

$$\text{Tempo } (4a + 4b + 4c) = \text{_____ min/sem}$$

Esta seção se refere às atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** incluir atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que o (a) Senhor (a) faça como forma de transporte (para se deslocar de um lugar para outro), em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) caminha **por, pelo menos, 10 min contínuos no seu tempo livre**?

_____ minutos () Nenhum - **Vá para questão 4b.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4b. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como correr, nadar rápido, musculação, remo, pedalar rápido, enfim esportes em geral:

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 4c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4c. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis, natação, hidroginástica, ginastica para terceira idade, dança e peteca.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para seção 5**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 5 - Tempo Gasto Sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que o (a) Senhor (a) permanece sentado em diferentes locais, como, por exemplo, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, assiste TV, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas, na missa/culto e realiza as refeições. Não incluir o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro ou moto.

5a. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um dia de **final de semana**?

_____ horas _____ minutos

ANEXO 8 – Protocolo de aprovação do estudo no CEP / UFTM

1/5



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: MORBIDADES, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 14/03/2012
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2265

SUMÁRIO DO PROJETO**1. OBJETIVOS**

1. Descrever as características socioeconômicas, as morbidades, a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos residentes na área urbana de Uberaba;
2. Comparar os domínios e facetas de qualidade de vida com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária e renda;
3. Verificar a associação dos domínios e facetas de qualidade de vida com as variáveis: número de morbidade e de incapacidade funcional e o indicativo de depressão;
4. Verificar a associação da capacidade funcional com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, renda, número de morbidades e indicativo de depressão;
5. Verificar a associação do número de morbidades com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, renda e o indicativo de depressão;

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil tem vivenciado um acelerado processo de envelhecimento populacional em que os idosos passaram de 9,1% para 11,3% no período de 1999 a 2009 (IBGE, 2010). A alteração no processo de transição demográfica brasileira resultou, dentre outros fatores, em uma proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade representativa de 11,3% (IBGE, 2010). Desta forma, considera-se que o Brasil tem uma população envelhecida de acordo com a Organização Mundial de Saúde (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Contudo, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma desigual, apresentando variações nos percentuais entre as regiões brasileiras, sendo 12,7% no Sudeste; 12,3% no Sul; 10,5% no Nordeste, 9,5% no Centro-Oeste e 7,3% no Norte (COSTA; PORTO; SOARES, 2003). Estes dados evidenciam a heterogeneidade do envelhecimento populacional brasileiro sendo relevante desenvolver pesquisas com o intuito de propor ações em saúde que atendam as especificidades de cada localidade.

De acordo com os resultados do Censo de 2010, no estado de Minas Gerais a população idosa corresponde a, aproximadamente, 10% e em Uberaba, local de realização da presente pesquisa, a 12,6% (IBGE, 2010). Estes percentuais denotam a necessidade de desenvolver pesquisas no referido município, no sentido de compreender a dinâmica do processo de envelhecimento, bem como suas implicações para as áreas sociais e de saúde.

Neste contexto, este estudo tem como objeto a saúde, as morbidades, a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos que residem na zona urbana do município de Uberaba.

A Política Nacional brasileira propõe a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a utilização máxima do potencial da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação. Ademais, visa garantir a inserção social do idoso, respeitando sua independência e autonomia (BRASIL, 2006).

No entanto, observa-se maior demanda dos idosos aos serviços de saúde expresso na maior procura que, por sua vez, apresentam internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação do leito



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: MORBIDADES, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 14/03/2012

PROTOCOLO CEP/UFTM: 2265

(VERAS, 2009). Ocorre, então, aumento no uso dos serviços e os idosos apresentam maior número de doenças e mais incapacidades funcionais para a realização das atividades da vida diária (VERAS, 2009).

Uma das alterações funcionais frequente está relacionada a capacidade funcional, em que se observa a perda de habilidades para desenvolver atividades da vida diária (AVDs), que pode levar à dependência e comprometer a qualidade de vida (SANTOS, 2003).

Nesse sentido, o grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas está no diagnóstico e prevenção dos possíveis riscos associados à incapacidade funcional, em busca de uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida para os idosos (DEL DUCA; SILVA; HALLAL et al., 2009).

No Brasil, observa-se a escassez de estudos com enfoque na incapacidade funcional e sua relação com a qualidade de vida, relação esta que não está bem estabelecida (TORRES; REIS; REIS et al. 2009; FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007). Pesquisa com idosos dependentes não observou associação entre o comprometimento da capacidade funcional e a qualidade de vida (TORRES; REIS; REIS et al. 2009). Outra investigação evidenciou que a incapacidade funcional esteve relacionada aos menores escores de qualidade de vida (FLORIANO, DALGALARRONDO; 2007).

Referente às morbidades, evidencia-se que idosos com maior número de doenças apresentam pior qualidade de vida (BELVIS; AVOLIO; SICURO et al., 2008). Porém, destaca-se que a mensuração da qualidade de vida tem sido realizada por meio de instrumentos genéricos que apresentam limitações para detectar itens relevantes para esta faixa etária.

Informações sobre saúde e qualidade de vida contribuem para delinear o planejamento das ações de maneira que venha a atender a necessidades identificadas pela população alvo. Por outro lado, tais informações auferem maior dimensão quando se vivencia mudanças demográficas, epidemiológicas e pretende-se a ampliação do conceito de saúde e o enfoque nas atividades promocionais de saúde. Os inquéritos domiciliares têm contribuído muito para a compreensão dos eventos em saúde, uma vez que os dados de fonte secundária, ainda que essenciais, tem sido insuficientes para dar respostas às necessidades da gestão em saúde (MALTA; LEAL; LIMA-COSTA et al., 2008).

Os constantes desafios, impostos aos municípios, para fazer frente às demandas pautadas nos aspectos sociais, financeiros e políticos, têm exigido dos gestores uma atuação mais efetiva sobre a realidade social (PESSOTO; HEIMANN; BOARETTO et al., 2007).

Para que o planejamento das ações em saúde seja realizado de forma ascendente, norteado pelas reais necessidades de saúde de seus cidadãos, devem-se somar o controle social, a disponibilidade política, a competência técnica e disponibilidade das informações em saúde fidedignas e baseadas em dados primários e secundários (TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008).

Na presente investigação questiona-se quais os fatores que estão associados às morbidades, a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos residentes no município de Uberaba.

3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi calculada considerando 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $\pi=0,5$ para as proporções de interesse.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: MORBIDADES, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 14/03/2012

PROTOCOLO CEP/UFTM: 2265

Portanto, a amostra populacional da pesquisa em 2005 foi constituída por 2.683 idosos e, em 2008 por 2.149, uma vez que foram excluídos 534 idosos. Nesta pesquisa, a amostra será constituída pelos idosos que participaram do segundo estudo, ou seja, 2.149.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; morar na zona urbana do município de Uberaba-MG; obter pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva; concordar em participar da pesquisa.

Crítérios de exclusão: não ser encontrados após três visitas pelos entrevistadores, recusa, ter falecido e estar hospitalizado.

5. ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

A presente investigação agrega um estudo longitudinal que está em desenvolvimento no município de Uberaba, acompanhando as condições de saúde dos idosos. A primeira coleta de dados foi realizada em 2005 e a segunda em 2008.

Serão selecionados dez entrevistadores, com experiência prévia em coleta de dados, os quais serão treinados quanto ao preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados e a forma de abordar o entrevistado. Os dados serão coletados, no domicílio. A cada entrevistador será oferecida a lista contendo o nome dos idosos e o respectivo endereço (informação constante em banco de dados de pesquisa realizada anteriormente).

Antes de realizar a entrevista aplicar-se-á a avaliação cognitiva por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI, 1994). Os escores variam de 0 a 30 pontos sendo os pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade de 1 a 11 anos e 26 para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI, 1994).

Para a caracterização dos dados sociodemográficos será utilizado o instrumento estruturado, baseado no Olders Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University (1978), e adaptado à realidade brasileira (RAMOS, 1987). A mensuração da qualidade de vida será realizada pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD ambos validados no Brasil (FLECK; LOUZADA; XAVIER et al., 2000; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). A capacidade funcional será avaliada por meio da realização das atividades básicas de vida diária (ABVDs), utilizando-se a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), elaborado por Katz (1963) e adaptado à realidade brasileira (LINO; PEREIRA; CAMACHO et al., 2008). Serão, também, avaliadas as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) por meio da Escala de Lawton e Brody (1969), adaptado por Freitas (1996). O indicativo de depressão será mensurado através da Escala de depressão geriátrica abreviada. Tal escala é utilizada para rastreamento de depressão e foi proposta por Yesavage em 1986 e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999).

Cada domínio do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD serão analisados isoladamente com as respectivas sintaxes. O escore varia de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde à melhor qualidade de vida. Proceder-se-á análise estatística por meio de distribuição de frequência simples para as variáveis categóricas, e medidas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis numéricas. Para comparação de variáveis com duas categorias e distribuição normal, utilizar-se-á o teste t-Student e o teste Mann-Whitney, quando os dados não apresentarem normalidade. Quando as



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: MORBIDADES, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Dirlene Mara dos Santos Tavares

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 14/03/2012

PROTOCOLO CEP/UFTM: 2265

variáveis apresentarem mais de duas categorias será utilizado ANOVA-F e o teste de Tukey ou Kruskal Wallis e o teste de Dunn, dependendo da normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias. A normalidade dos dados será verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade das variância pelo teste de Bartlett. Será considerado significativo quando $p < 0,05$.

Será realizada a análise multivariada através de regressão logística, precedida pela análise bivariada. Somente as variáveis que tiverem valor de $p < 0,10$, na análise bivariada, serão incluídas no modelo de regressão linear múltipla com escalonamento reverso (método Backward). As variáveis nominais serão recategorizadas de modo a tornarem-se dicotômicas. Para atender o terceiro objetivo será considerada variável dependente os escores de cada domínio e faceta da qualidade de vida, individualmente, e, como predictoras o número de morbidade e de incapacidade funcional e o indicativo de depressão. Em atenção ao quarto objetivo as variáveis dependentes serão as incapacidades funcionais para ABVD e AIVD, individualmente, e a predictoras o sexo, escolaridade, faixa etária, renda, número de morbidades e indicativo de depressão. Quanto ao quinto objetivo a variável dependente será o número de morbidades e as predictoras o sexo, escolaridade, faixa etária, renda e o o indicativo de depressão. Os testes serão considerados significativos quando $p < 0,05$.

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

Serão necessários computador e impressora, disponíveis no Núcleo de Pesquisa em saúde Coletiva. Sala para treinamento e reuniões disponíveis nos espaços da UFTM.

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O risco da perda de confidencialidade, que constitui o risco em potencial, será evitado pelo uso de números nos questionários. Quanto aos benefícios, este estudo contribuirá para compreender a dinâmica do processo de envelhecimento em Uberaba e subsidiar o planejamento de ações em saúde, a distribuição de recursos e a tomada de decisões, pelos gestores, na atenção à saúde da população idosa.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Contribuir com a discussão sobre a melhoria da atenção à saúde da população idosa residente em Uberaba.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA ("Wash out") – Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Material de consumo: papel; lápis; borracha; caneta; prancheta; cartucho de tinta, almofada para carimbro e régua – R\$ 1.411,00

Serviço de terceiro (pessoa física): três entrevistadores por 89 dias – 11.700,00 (Valor de R\$8,125 por - entrevista)

Bolsa de iniciação científica: R\$ 8.640,00 (por 24 meses)

Bolsa de Apoio Técnico: R\$ 25.749,36 (por 24 meses)

Despesas Operacionais: R\$ 2.500,00

O projeto será submetido ao Edital Universal da FAPEMIG -2012

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A pesquisadora recebe o salário de Professor Associado da UFTM.



5/5

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: MORBIDADES, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 14/03/2012

PROTOCOLO CEP/UFTM: 2265

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O termo de consentimento livre e esclarecido está adequado e será obtido pelos entrevistadores antes da realização da coleta dos dados.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 16/03/2012


Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora

ANEXO 9

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Morbidades, qualidade de vida e capacidade funcional de idosos da comunidade”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: Descrever as características socioeconômicas, as morbidades, a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos residentes na área urbana de Uberaba; Comparar os domínios e facetas de qualidade de vida com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária e renda; Verificar a associação dos domínios e facetas de qualidade de vida com as variáveis: número de morbidade e de incapacidade funcional e o indicativo de depressão; Verificar a associação da capacidade funcional com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, renda, número de morbidades e indicativo de depressão; Verificar a associação do número de morbidades com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, renda e o indicativo de depressão. Caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.