

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

Grazielle Riceto Dias Silva

O uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão
residentes em um município mineiro

Uberaba - MG
2018

Grazielle Riceto Dias Silva

O uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão residentes em um município mineiro

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.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Prof.^a Dra. Leiner Resende Rodrigues

Uberaba-MG

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S58u Silva, Grazielle Riceto Dias
O uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos com indica-
tivo de depressão residentes em um município mineiro / Grazielle
Riceto Dias Silva. -- 2018.
80 f. : il., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

1. Saúde do idoso. 2. Depressão. 3. Serviços de saúde para ido-
sos. 4. Acesso aos serviços de saúde. I. Rodrigues, Leiner Resende.
II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

GRAZIELLE RICETO DIAS SILVA

O uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão
residentes em um município mineiro

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, 09 de fevereiro de 2018

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Leiner Resende Rodrigues – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Marciana Fernandes Moll
Universidade de Uberaba

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo.
Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra.”

Leonardo Boff

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a luz da minha vida, meu guia, meu suporte. Agradeço por me abençoar todos os dias e traçar todos os dias uma nova história. Aos espíritos de luz, meus amigos, paz e bem! Gratidão eterna!

Aos meus pais, Gaspar e Rosângela, pelos ensinamentos, carinho, dedicação e incentivo em todos os momentos minha vida, mas, sobretudo, pelo amor incondicional. Amo vocês!

Ao meu irmão, Christopher, pelo carinho, brincadeiras, apoio e amor.

Aos meus avós, Nair, Alair e Sebastiana, por serem a minha inspiração. Obrigada pelos ensinamentos, pelo carinho, pelo exemplo de vida e de fé.

Ao meu esposo Alexandre, pelo amor, companheirismo, apoio e paciência. Por acreditar no meu potencial e ser meu parceiro em todos os momentos. Amo além desta vida.

Ao meu filho, Lucca, ainda dentro do meu ventre, mas que chegou na reta final deste trabalho, dedico a você todo o esforço, a superação e a vitória! Com toda certeza, você é a minha luz! Te amo tanto que não consigo explicar, só sentir!

As minhas “filhas” caninas, Kitana e Estrelinha, pelo amor puro e sincero, a melhor terapia em dias estressantes.

Aos meus familiares e amigos, agradeço o apoio, carinho e orações, por compreenderem minha ausência e me apoiarem nesta trajetória. Em especial, a Lorena, Patrícia Yakabe, Kelly Paiva, Karine, Kelly Campanati. Gratidão pela irmandade e por toda energia positiva!

Aos amigos da vida e de profissão Patrícia Reis, Helga e Getúlio pela parceria desde o início, apoio, orientações e carinho. Por serem exemplos de profissionais competentes e íntegros, por fazer a diferença por onde passam! Gratidão!

Ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde – PPGAS, à Universidade Federal do Triângulo Mineiro e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por possibilitarem condições para o aprimoramento dos meus conhecimentos e para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos docentes do PPGAS, pelos ensinamentos e pelas orientações.

Aos funcionários do PPGAS, pelo apoio e pela atenção.

Aos colegas do mestrado, pelas alegrias compartilhadas, choros e aprendizados. Nossa turma é diferenciada! Em especial, agradeço as amigas Juliana e Érica, que em pouco tempo se tornaram irmãs. Com certeza um encontro de almas, que fizeram a diferença durante esse tempo de aprendizado. Gratidão amigas!

À Professora Dra. Darlene Mara, pelo apoio e pelas importantes contribuições com o desenvolvimento deste estudo.

Aos servidores e amigos do NUCAPE UFTM, pelo incentivo e apoio nos momentos finais dessa dissertação. Gratidão!

Ao professor Dr. Vanderlei José Haas, pelas importantes contribuições com o desenvolvimento deste estudo, pela orientação na análise de dados, pelo comprometimento, pela disponibilidade e atenção.

A professora Dra. Marciana Fernandes, pelo aceite, pelo apoio e pelas importantes contribuições com a melhoria deste estudo desde a qualificação. Minha total admiração e respeito. Gratidão por todo o ensinamento desde a época da graduação.

À professora Dra. Jurema Ribeiro pela acolhida, pela confiança, por ser uma profissional humana, que com certeza faz a diferença por onde passa. Gratidão pelos ensinamentos e pelo aceite. Minha eterna admiração.

À professora Dra. Leiner Resende, orientadora deste trabalho, pelo apoio, carinho e confiança. Obrigada pela oportunidade de crescimento e amizade edificada.

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

Gratidão!

RESUMO

SILVA, Grazielle Riceto Dias. **O uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão residentes em um município mineiro.** 2018. 80f Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada e, conseqüentemente o perfil epidemiológico do país está em constante mudança. Com isso, há o aumento nas demandas por serviços de saúde devido a maior procura pelos indivíduos idosos. As doenças mentais estão entre as doenças crônicas não transmissíveis que mais diretamente causam incapacidade e pioram a qualidade de vida, com grande impacto também para os familiares. A depressão é o transtorno de humor mais frequente entre os idosos. Nesta perspectiva, este estudo se justifica, visto a limitação de investigações que relacionem o acesso e à utilização de serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão (ID), a fim de aprofundar as discussões sobre o tema, angariando informações pertinentes com o contexto citado. Esta pesquisa objetivou verificar a associação do indicativo de depressão com o uso e acesso dos serviços de saúde em idosos residentes em um município mineiro. Estudo com abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional, desenvolvido com 580 idosos na área urbana do município de Uberaba, estado de Minas Gerais. Utilizaram-se os instrumentos: Mini Exame de Estado Mental, caracterização dos dados sociodemográficos, acesso e utilização dos serviços de saúde, indicativo de depressão, uso de álcool (frequência, tipo de bebida ingerida e dependência), polifarmácia e morbidades autorreferidas. Formaram-se dois grupos: idosos com e sem indicativo de depressão. Os dados foram analisados segundo estatística descritiva e análise bivariada empregando-se medidas de associação em tabelas de contingência (qui-quadrado, razões de prevalências e razões de chances de prevalência) para as variáveis categóricas. A análise ajustada incluiu a regressão logística binomial múltipla, considerando o Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5%. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo nº 2.295.596. A prevalência de indicativo de depressão correspondeu a 25,5%. Observou-se que a maioria dos idosos eram do sexo feminino, em ambos os grupos, com ID (70,9%) e

sem ID (67,4%). Houve baixo percentual de idosos com provável abuso de álcool (7,24%), destaque para 5 ou mais morbidades (62,24%) e uso de 1 até 4 medicamentos (55,86%). As variáveis da análise bivariada preliminar para o uso e acesso do serviço de saúde, consolidou-se como fator associado ao acesso dos serviços de saúde, o uso de álcool ($p=0,04$). Ao que se refere aos outros indicadores do uso e acesso aos serviços de saúde com ID, nenhuma variável foi estatisticamente significativa no modelo de regressão. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar a implementação de estratégias voltadas à saúde dos idosos residentes na comunidade com enfoque para a depressão.

Palavras-chave: Depressão. Idoso. Uso serviço de saúde. Acesso serviço de saúde.

ABSTRACT

SILVA, Grazielle Riceto Dias. **Use and access to health services among elders with depression indexes who live in a city of Minas Gerais**. 2018. 80f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

Populational aging is a worldwide reality. Brazil is going through a fast demographic transition and, consequently, the epidemiological profile of the country is constantly changing. Considering that, there is an increase in the demands for health services due to a higher requirement by elder individuals. Mental diseases are among the chronic non-transmissible diseases that most directly cause disabilities and worsen the quality of life, also impacting the family of the individuals. Depression is the most frequent mood disorder among elders. In this perspective, this study is justified due to the lack of investigations that can relate the access and the use of health services among elders to depression indexes, as it can advance discussions on the theme, thus obtaining pertinent information on the aforementioned context. This research aimed at assessing the association of the depression indexes to the use and access of health services among elders who live in a city at the state of Minas Gerais. This is a quantitative approach, an analytical, cross-sectional and observational domiciliary inquiry, carried out with 580 elders in the urban area of the city of Uberaba, Minas Gerais. The following instruments were used: Mini-Mental State Examination (MMSE), sociodemographic data characterization, access and use of health services, Depression indexes, use of alcohol, frequency, type of drink ingested and dependency, polypharmacy and morbidities mentioned by the patient. Two groups were formed: elders with depression indexes and elders without them. Data were analyzed according to descriptive statistics and a bivariate analysis was conducted using association measures in contingency tables (chi-square, prevalence ratios and prevalence chance ratios) to the categoric variables. An adjusted analysis included a multiple binomial logistic regression, considering a Confidence Interval (CI) of 95% and a significance level of 5%. This project was approved by the Committee of Ethics in Researches with Humans at UFTM, under protocol n. 2.295.596. The prevalence of depression indexes (DI) was 25.5%. Most elders were female in both groups, 70.9% with DI and 67.4% without. The ratio of elders with probable alcohol abuse was 7.24%. The percentage of those with 5 or more morbidities stood out (62.24%) as did that of

elders who use from 1 to 4 different medications (55.86%). Among the variables of the preliminary bivariate analysis, those which were associated to the use and access to health services were access to health services and use of alcohol ($p=0.04$). Considering the other indexes of use and access of health services, regarding depression indexes, no variable was statistically significant in the regression model. The results of this research may support the implementation of strategies focused on depression, targeted at the health of the elders who live in the community.

Keywords: Depression. Elder. Use of the health service. Access to health services.

RESUMEN

SILVA, Grazielle Riceto Dias. **El uso y el acceso a los servicios de salud por los ancianos con indicativos de depresión que viven en una ciudad de Minas Gerais**. 2018. 80f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

El envejecimiento de la población es una realidad mundial. Brasil vive una rápida transición demográfica y el perfil epidemiológico del país muda constantemente como resultado. Así, las demandas por servicios de salud aumentan con la procura mayor de los ancianos. Las enfermedades mentales están entre las enfermedades crónicas no transmisibles que más llevan a la incapacidad y empeoran la calidad de vida, afectando también la familia del enfermo. La depresión es el trastorno del estado de ánimo más común entre ancianos. Desde esa perspectiva, este estudio es justificado por el número pequeño de investigaciones que asocian el acceso y el uso de servicios de salud entre ancianos al indicativo de depresión, y busca profundizar las discusiones sobre el tema, así obteniendo informaciones pertinentes al contexto mencionado. El objetivo de esa investigación fue verificar la asociación del indicativo de depresión con el uso y acceso de los servicios de salud por ancianos de una ciudad de Minas Gerais. Es un estudio cuantitativo, una encuesta domiciliaria, analítica, transversal y observacional, desarrollada con 580 ancianos del área urbano de la ciudad de Uberaba, estado de Minas Gerais. Instrumentos utilizados: Mini Examen del Estado Mental (MEEM), caracterización de los datos sociodemográficos, acceso y utilización de los servicios de salud, indicativo de depresión, utilización de alcohol, frecuencia, tipo de bebida consumida y dependencia, polifarmacia y enfermedades mencionadas por el anciano. Se formó a dos grupos: ancianos con indicativo de depresión y ancianos que no presentaron ese indicativo. Se analizó a los datos según estadísticas descriptivas y se realizó un análisis bivariado utilizando medidas de asociación en tablas de contingencia (chi cuadrado, razón de prevalencia, razón de chances de prevalencia) para las variables categóricas. El análisis ajustado incluyó regresión logística binomial múltiple, considerando un intervalo de confianza (IC) de 95% y nivel de significación de 5%. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas con Seres Humanos de la UFTM, bajo el protocolo n. 2.295.596. La prevalencia del indicativo de depresión (ID) correspondió a 25.5%. Se observó que la

mayoría de los ancianos eran mujeres, en los dos grupos, el con ID (70.9%) y el sin ID (67.4%). Fue bajo el porcentaje de ancianos con probable abuso de alcohol (7.24%) y se destacaron aquellos con 5 o más enfermedades (62.24%) y que hacían uso de 1 hacia 4 medicaciones (55.86%). En las variables del análisis bivariado preliminar para el uso y acceso al servicio de salud, los factores asociados a eso fueron el acceso a los servicios de salud y el uso de alcohol ($p=0,04$). Con respecto a otros indicadores del uso y acceso a los servicios de salud con indicativos de depresión, ninguna otra variable fue estadísticamente significativa en el modelo de regresión. Los resultados de esa investigación pueden dar soporte a la implementación de estrategias dirigidas a la depresión para la salud de los ancianos que viven en la comunidad.

Palabras clave: Depresión. Anciano. Uso de los servicios de salud. Acceso a los servicios de salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (1991).....	20
Figura 2 –	Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (Projeção 2020).....	20
Figura 3 –	Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (Projeção 2060).....	21
Quadro 1 –	Principais aspectos psicopatológicos da depressão.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das variáveis sociodemográficas e econômicas, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	36
Tabela 2 – Caracterização das variáveis clínicas, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	37
Tabela 3 – Caracterização das variáveis de acesso dos serviços de saúde, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	38
Tabela 4 – Caracterização das variáveis do uso dos serviços de saúde, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	39
Tabela 5 - Análise bivariada das variáveis preditoras do uso dos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	40
Tabela 6 - Modelo de Regressão Logística Binomial Múltipla para as variáveis associadas ao uso dos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	40
Tabela 7 - Análise bivariada das variáveis associadas do acesso aos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	41
Tabela 8 - Modelo de Regressão Logística Binomial Múltipla para as variáveis associadas ao acesso dos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	42

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ID – Indicativo de Depressão

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	19
2.2 DEPRESSÃO NO IDOSO.....	23
2.3 USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONCEITO E DINÂMICA DO SERVIÇO.....	27
3 OBJETIVO GERAL.....	30
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4 MÉTODOS.....	30
4.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	31
4.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO.....	31
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	32
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	32
4.5 COLETA DE DADOS.....	32
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	34
4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	34
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5 RESULTADOS.....	35
5.1 ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E CLÍNICO.....	35
5.2 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS.....	37
5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO INDICATIVO DE DEPRESSÃO.....	37
5.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO NO USO E ACESSO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE.....	39

6 DISCUSSÃO	42
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E CLÍNICO.....	42
6.2 PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS.....	44
6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO INDICATIVO DE DEPRESSÃO.....	45
6.4 INFLUÊNCIA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO NO USO E ACESSO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE.....	46
7 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	57
APÊNDICE A - Dados sociodemográficos e econômicos	57
APÊNDICE B - Uso de álcool	59
APÊNDICE C - Número de medicamentos	60
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido	61
ANEXOS	63
ANEXO A - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	63
ANEXO B - Questionário do uso e acesso aos serviços de saúde	66
ANEXO C - Escala de depressão geriátrica abreviada	73
ANEXO D - Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)	74
ANEXO E - Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ)	76

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada e, conseqüentemente o perfil epidemiológico do país está em constante mudança. Com isso, há o aumento nas demandas por serviços de saúde devido a maior procura pelos indivíduos idosos (DELLAROZA, 2013; VERAS, 2009).

Grande parcela da população idosa é acometida por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) que necessitam de acompanhamento constante, pois, devido à sua natureza, não têm cura. As DANT congregam as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) acrescidas dos acidentes e violências (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como DCNT as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, que compartilham diversos fatores de risco. Além dessas, incluem-se na lista das condições crônicas, os transtornos mentais, as doenças neurológicas, bucais, ósseas, articulares, oculares e auditivas e as desordens genéticas. Apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, o que coloca grande desafio para a saúde (FILHAL et al., 2015).

Na idade mais avançada acontece a manifestação dessas condições crônicas e, geralmente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, prejudicando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2007).

As doenças mentais estão entre as DCNT que mais diretamente causam incapacidade e pioram a qualidade de vida, com grande impacto também para os familiares. A depressão é o transtorno de humor mais frequente entre os idosos. Mesmo com a alta prevalência, a doença é subdiagnosticada, levando ao não tratamento dos sintomas. Os resultados de pesquisa realizada em um hospital universitário brasileiro demonstram que, entre os idosos hospitalizados e com sintomas depressivos, apenas 3% tinham registro em seus prontuários sobre o diagnóstico psiquiátrico (COHEN; PASCULIN; PRIEB, 2015).

A depressão é uma doença que, apesar da sua relevância, é de difícil mensuração. O quadro depressivo é composto de sintomas que apresentam estados e sentimentos que diferem acentuadamente. Definir estratégias para identificar os fatores associados à depressão, podem ajudar os diversos profissionais dos serviços de saúde inseridos em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária), a compreender a realidade destes indivíduos, bem como, diagnosticar e propor intervenções mais precoces e adequadas possíveis (ALVARENGA et al., 2010).

No Brasil, nota-se que há uma preocupação em direcionar o atendimento a essa parcela da população, adotando políticas públicas de saúde para esse público. Mas é necessário efetivar as mudanças propostas, garantindo o direito prioritário a saúde, porém adequando a realidade de cada serviço e profissionais inseridos na assistência direta (CANTÃO et al., 2015). Há uma série de questões biopsicossociais relacionados ao idoso com depressão que requer entendimento dos profissionais, contemplando a multidisciplinaridade da doença, assegurando melhoria da qualidade de vida e eficiência nos tratamentos realizados (WAGNER,2015).

Sabe-se que a Atenção Básica (AB) é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, direcionada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social. O grande desafio é proporcionar a população idosa a melhor qualidade de vida possível e, considerar o contexto familiar e social, reconhecendo e valorizando o seu potencial, auxilia na modificação dessa cultura que desvaloriza e limita (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, estudos que discutam sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde contribuem para a compreensão do padrão de consumo, o que possibilita o planejamento de ações em saúde da população idosa, com o intuito de diminuir gastos com os serviços de alta complexidade e especialidades. Com isto, oferece ao usuário do serviço, políticas públicas adequadas e o desenvolvimento de modelos de atenção voltados a essa população (PILGUER; MENON; MATHIAS, 2013).

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição. Os países em desenvolvimento enfrentam os maiores desafios, e a maioria deles ainda não possui políticas abrangentes para o envelhecimento (BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva, este estudo se justifica, visto a limitação de investigações que relacionem o acesso e à utilização de serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão (ID), a fim de aprofundar as discussões sobre o tema, adquirindo informações pertinentes com o contexto citado, para que os profissionais consigam direcionar ações efetivas para a melhora da qualidade de vida dos idosos, visto que, à medida que vão envelhecendo, aumenta a procura do serviço de saúde, criando a expectativa de ter um atendimento holístico e voltado para suas reais necessidades.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A mudança demográfica vivenciada nos últimos anos é considerada um evento mundial. Mas devido às particularidades de cada nação esse evento acontece em ritmos diferentes entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. O envelhecimento populacional é uma resposta à alteração de indicadores de saúde, influenciados por processos de discriminação e exclusão relacionados ao gênero, etnia, racismo, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia (BRASIL, 2007).

A Resolução 39/125 da Organização das Nações Unidas (ONU) conceitua idoso para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos primeiros, são considerados idosos, aqueles indivíduos com 60 anos e mais; nos segundos são idosas as pessoas com 65 anos e mais. Tal fato ocorre devido a relação estabelecida entre expectativa de vida ao nascer e a qualidade de vida propiciada pelas nações aos seus cidadãos (SANTOS, 2010).

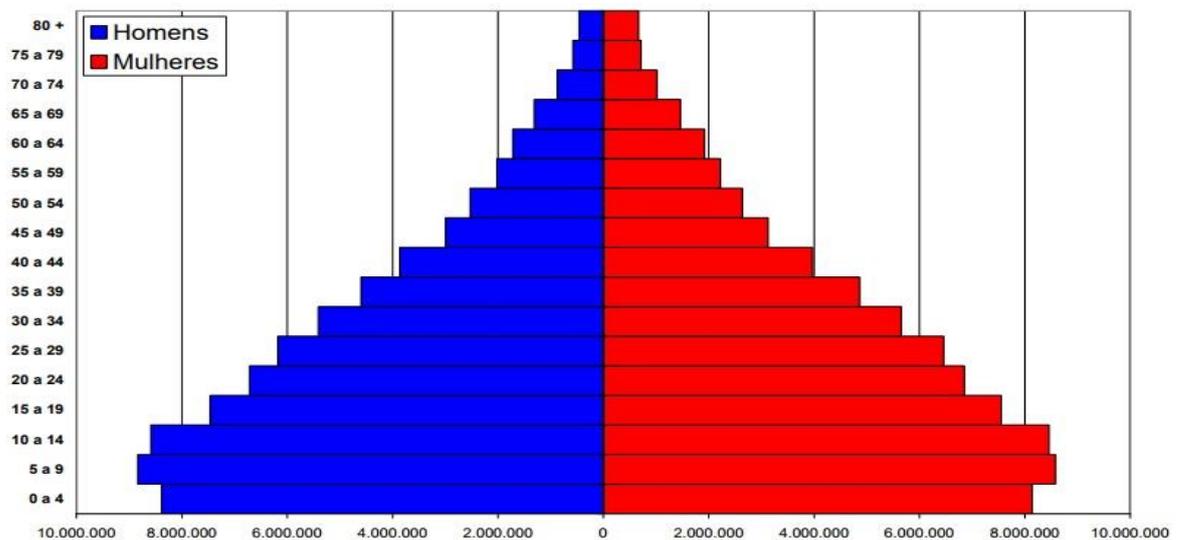
O Brasil faz parte do grupo de países que vivenciou uma transição demográfica acelerada, devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade, provocando mudanças significativas na estrutura etária da população. A característica triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, vem dando lugar a uma pirâmide etária específica de uma população envelhecida, com a redução da participação relativa de crianças e jovens e o aumento proporcional de adultos e idosos (VERAS, 2009).

Os indivíduos com 60 anos ou mais de idade ultrapassaram de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, podendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5

milhões, em 2060. Há uma projeção para os próximos 10 anos, um aumento médio de mais de 1,0 milhão de idosos por ano (IBGE, 2012).

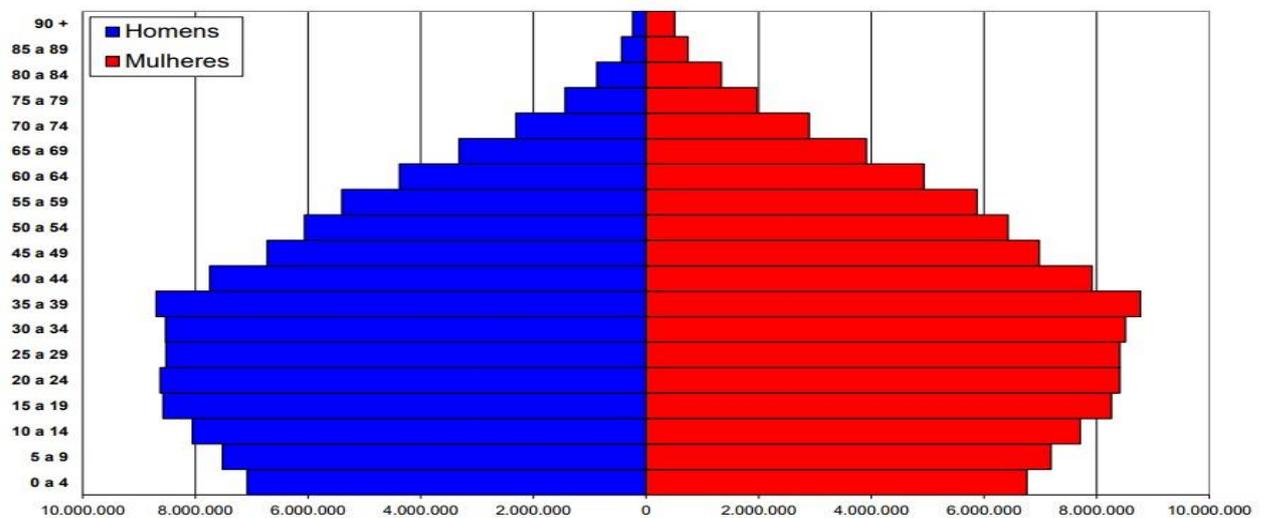
A Figura 1 demonstra a composição da população brasileira, segundo idade e sexo em 1991 e as Figuras 2 e 3, indicam respectivamente, as projeções para a mesma composição em 2020 e 2060. Destaca-se o acréscimo ao longo dos anos, da população adulta e idosa, evidenciando a inversão da pirâmide demográfica, devido à baixa proporção de jovens (IBGE, 2012).

Figura 1 – Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (1991)



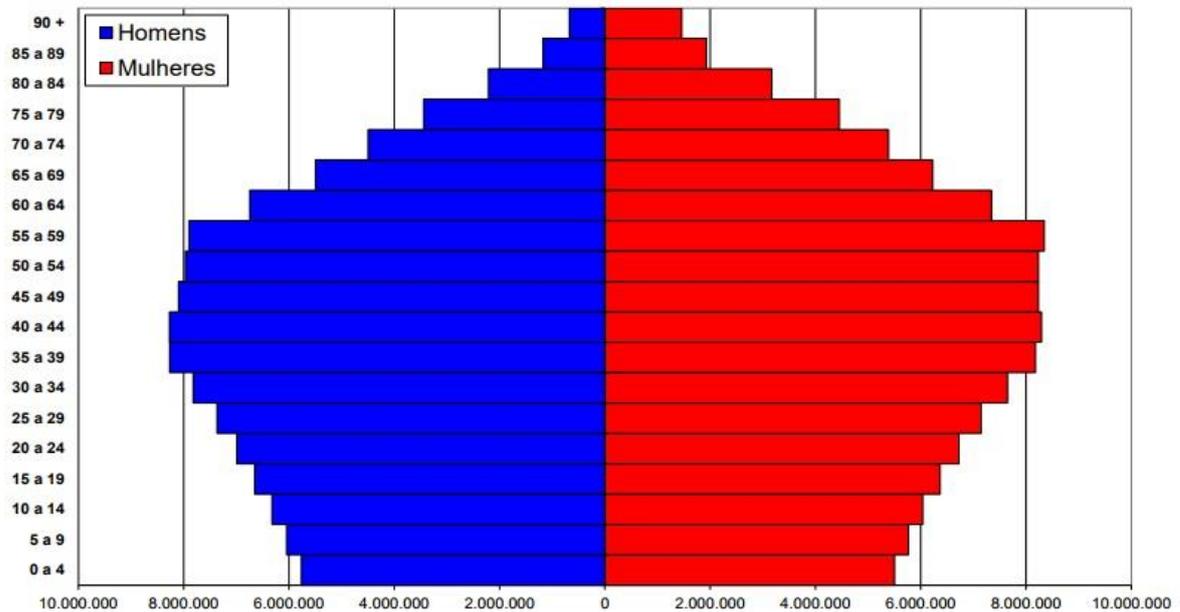
Fonte: IBGE, 1991.

Figura 2 - Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (Projeção 2020)



Fonte: IBGE, Projeção 2020.

Figura 3 - Composição absoluta da população, por idade e sexo – Brasil (Projeção 2060)



Fonte: IBGE, Projeção 2060.

É fato que, o prolongamento da vida deve ser celebrado, contudo, só pode ser avaliado positivamente quando há qualidade de vida. As políticas que são destinadas aos idosos devem considerar sua capacidade funcional, autonomia e cuidado, promovendo a prevenção e a atenção integral da população idosa (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

O envelhecimento é considerado um processo natural de redução gradativa da reserva funcional dos indivíduos, denominada senescência, o que, em condições habituais, não costuma ocasionar qualquer problema. Por outro lado, a senilidade requer assistência, já que, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica (BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva, envelhecer pode ser definido como a perda das habilidades de adaptação ao meio. Assim, a idade biológica e funcional torna-se o modo mais adequado para mensurar o envelhecimento e suas adaptações (SILVEIRA, et al., 2010). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

...um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de

fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003, p. 30).

Envelhecer percorre todos os aspectos de vida do sujeito, ocorrem mudanças de acordo com os hábitos de vida angariados durante os anos vividos, relacionados com os fatores sociais, econômicos e individuais diretamente influenciados pela educação, trabalho, cultura e experiência de vida (MOTTA, 2014).

A OMS empregou o termo “envelhecimento ativo”, com a visão, de que, esse processo, seja uma experiência positiva. É indispensável potencializar as oportunidades de saúde, segurança e participação do idoso, otimizando a qualidade de vida durante todo o processo do envelhecimento. O propósito é aumentar a expectativa de vida saudável, reconhecendo que além dos cuidados com a saúde outros fatores influenciam no modo como as populações envelhecem (BRASIL, 2006a).

No Brasil, a repercussão da mudança da faixa etária e do perfil de morbimortalidade, faz com que os gestores, pesquisadores dos sistemas de saúde e especialistas, rediscutam o planejamento e a reformulação das políticas sociais, econômicas e de saúde (VERAS, 2011).

O crescimento da expectativa de vida da população é resultado de avanços nas condições de vida, na tecnologia, expansão do acesso a serviços de saúde entre outros determinantes sociais (IBGE, 2014). Essa nova realidade se defronta com alguns desafios não solucionados, ou seja, o perfil da população idosa foi modificado, em vez de processos agudos de doenças nos deparamos com o aumento das doenças crônicas e suas complicações, o que acarreta ainda mais a utilização dos serviços de saúde (VERAS, 2011).

Diferentemente do que aconteceu com os países desenvolvidos, onde o envelhecimento decorreu após o alcance de melhores condições de vida da população e realidade socioeconômica estável, no Brasil, o envelhecer tem acontecido rapidamente, resistente ao ajuste às novas demandas sociais e sanitárias (BRASIL, 2007).

A Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, do IBGE, divulgou indicadores que confirmam que os idosos são proporcionalmente a parcela de população que mais utilizam os serviços de saúde. Os resultados demonstraram que para as pessoas com

60 anos ou mais de idade 25,0% procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa e 10,2% pessoas que se internaram em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores à pesquisa, ambos mais superiores do que para as demais idades (IBGE, 2015).

Com o aumento do número de doenças crônicas em idosos, crescem o número de consultas, conseqüentemente ampliam-se o uso de medicamentos, custos com exames complementares e número de internações. São fatos preocupantes visto que, as morbidades nos idosos, por serem crônicas, se tornam de alto custo diferentemente do que acontece em jovens, onde geralmente, as doenças são agudas (VERAS, 2011).

O número de doenças psiquiátricas tem se elevado na população idosa, entre as quais, destaca-se a depressão (SIQUEIRA et al., 2009). Essa doença pode prejudicar a qualidade de vida do idoso, reduzir o nível socioeconômico e afetar as relações no convívio familiar e social. Em situações extremas, a expectativa de vida tende a diminuir, em decorrência do suicídio ou por conseqüências advindas de doenças somáticas relacionadas à depressão (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

2.2 DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão é considerada um problema de saúde pública que afeta aproximadamente 350 milhões de pessoas no mundo. É um distúrbio mental com etiologia complexa e diversa (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012) que envolvem aspectos comportamentais, psíquicos e fisiológicos (DEL PORTO, 1999), prejudicando as atividades interpessoais do indivíduo (SADOCK; SADOCK, 2010).

Por se caracterizar como um transtorno mental grave (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001), essa enfermidade tem grande potencial para prejudicar a qualidade de vida e as dimensões física e psicológica do idoso, conforme mostra o Quadro 1. Além disso, muitas vezes, 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) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A prevalência de depressão entre idosos apresenta variações entre os diversos estudos realizados. Os resultados variam de acordo com os parâmetros diagnósticos

utilizados, da população alvo e do local estudado: comunidade, atenção básica, ambulatórios, hospitais ou instituições de longa permanência (FRANK; RODRIGUES, 2006; SIQUEIRA et al., 2009).

Independente da variação, devido à alta frequência na população idosa, cada sintoma apresentado deve ser investigado, visto que, a demora no diagnóstico pode acarretar problemas para os acometidos da doença, tais como, comprometimento físico, funcionais, sociais, com isto, a qualidade de vida tende a ser diminuída, ocorrendo riscos de agravar a doença e em estágios mais graves, culminando no suicídio. Pode ser desencadeada por múltiplas causas, como por exemplo fatores biológicos, socioeconômicos, psicológicos, culturais, emocionais, entre outros (BRASIL, 2007).

Quadro 1 - Principais aspectos psicopatológicos da depressão

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
Psicomotricidade	Hipocinesia/acinesia ou hipercinesia
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	Lamurio a Indiferente
Orientação alopsíquica	Passagem do tempo alentecida Desorientação
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.

Quanto à caracterização da depressão e demais transtornos mentais, as duas classificações mais utilizadas na atualidade são a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), produzida pela OMS, e o Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental (DSM V), 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).

De acordo com a CID 10 a depressão é classificada em leve, moderada, grave com sintomas psicóticos e grave sem sintomas psicóticos. Os critérios utilizados para tal classificação são: rebaixamento do humor, diminuição da energia e da atividade, perda de interesse em relação às atividades que oferecem prazer, diminuição da capacidade de concentração, problemas do sono, diminuição do apetite, diminuição da auto-estima e da autoconfiança e ideias de culpabilidade e/ou de indignidade, lentidão psicomotora, agitação e perda da libido (OMS, 2008).

A depressão leve retrata a presença de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolver a depressão maior, assim como, doenças físicas, aumento da procura pelos serviços de saúde e consumo de medicamentos. É necessário que se realize a diferenciação entre tristeza e depressão, uma vez que os

sintomas depressivos podem ser mais comuns em idosos, ocorrendo, com frequência, no contexto de desordens médicas e neurológicas (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério de Saúde, o profissional de saúde deve ficar atento aos idosos que apresentarem antecedentes depressivos prévios; doença incapacitante ou que provoque dor; que viverem em condições de abandono ou maus-tratos; os institucionalizados; aqueles que tiverem perdido o cônjuge, familiar ou amigo próximo; os que usarem medicamentos, pois esses são fatores que podem promover ou propiciar a depressão nesta faixa etária (BRASIL, 2006a).

Eventos estressores, como o luto, falta de apoio familiar e social e dificuldade do indivíduo em estabelecer relações interpessoais pode corroborar para a manifestação de sintomas depressivos. Ressalta-se ainda, que, uso de medicamentos, fatores genéticos, traumas psicológicos são fatores predisponentes a depressão (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Devido à alta incidência no idoso, a depressão e as demências, podem trazer déficits de cognição, memória, linguagem e funções executivas que interferem na autonomia, desempenho social ou profissional do indivíduo. O aspecto comum a estas doenças é a presença de humor deprimido, irritado ou ausência de emoções, acompanhada por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo e que muitas vezes leva a diagnóstico errado (ELLISON; KYOMEN; HARPER, 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 típicas do envelhecimento natural pode diminuir a motivação para o diagnóstico entre os profissionais e atribuir insucesso antecipado à resposta ao tratamento (SNOWDON, 2002).

Há vários instrumentos de rastreio disponibilizados que permitem auxiliar na identificação de pacientes com sintomatologia depressiva, sendo um deles a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*). Esse instrumento foi validado no Brasil com versões reduzidas que contemplam 1, 4, 10, 15 e 20 questões (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b). A versão brasileira da GDS-15 é específica para idosos e a que será utilizada neste estudo.

É necessário que os profissionais de saúde consigam identificar corretamente, através da avaliação multidimensional do idoso, dados determinantes dos sintomas depressivos, principalmente no âmbito da comunidade e da AB. Quando a identificação dos sintomas é realizada acertadamente, a equipe consegue estabelecer uma terapêutica adequada, favorecendo melhor prognóstico e promovendo a saúde e qualidade de vida do idoso.

2.3 USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O uso dos serviços de saúde pela população idosa envolve uma variedade de causas e se relaciona a fatores individuais e estruturais e os aspectos do ambiente social em que está inserido (DELLAROZA et al., 2013). Já o acesso ao serviço é compreendido como um elemento do sistema de saúde que abrange a entrada e seguimento do tratamento. Importante ressaltar que a percepção gerada pelo acesso dos recursos ou serviços ofertados produzirão um efeito positivo ou negativo que repercutirá na forma com que o indivíduo lida com sua saúde (TEIXEIRA; OLIVEIRA; SILVA, 2011).

O acesso aos serviços de saúde possui várias facetas, representadas por aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, que determinam e estabelecem meios para a universalização das ações (ASSIS; JESUS, 2012). Há divergências quanto ao conceito de acesso a saúde, no entanto, autores concordam que o acesso não condiz apenas ao uso dos serviços, mas também com a disponibilidade de utilizá-los com recursos adequados (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, 83,5% dos idosos procuraram o serviço médico, superando a média nacional em relação às demais faixas etárias (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Inquérito domiciliar conduzido com idosos cadastrados em serviços públicos

no município de Guarapuava-PR constatou que os serviços de saúde mais utilizados nos últimos três meses foram a consulta médica (49,6%) e os exames clínicos (38,4%); enquanto que 55,6% relataram não procurar os serviços dentários (PILGUER; MENON; MATHIAS, 2013).

Em contrapartida, outros estudos mencionaram essa temática em condições específicas e/ou em diferentes contextos e/ou recortes, a saber: idosos com ou sem plano de saúde (HERNANDES, 2012), praticantes de atividade física (VIRTUOSO et al., 2012), idosos com dor crônica (DELLAROZA et al., 2013) e com incapacidade funcional (FIALHO et al., 2014).

Estudo mostrou que entre os fatores associados ao uso dos serviços de saúde estavam a pior autopercepção de saúde (OR=1,92), presença de doenças (OR=2,73), seguro de saúde privado (OR=1,57) e sexo feminino (OR=1,55) (LOUVISON et al., 2008). Outras investigações também evidenciaram o sexo feminino (PILGUER; MENON; MATHIAS, 2013), além do aumento da idade (BASTOS; HARZHEIM; SOUSA, 2014), presença de dor crônica mais intensa, impacto no trabalho (DELLAROZA et al., 2013) e incapacidade funcional entre idosos (FIALHO et al., 2014).

A depressão é um dos principais motivos de consulta médica nos serviços de AP. As pessoas que apresentam sintomas depressivos usualmente realizam mais exames complementares, utilizam mais medicações e possuem maior possibilidade de internação hospitalar quando comparadas as que não têm ID. Dentre as pessoas que são tratadas corretamente, mais de 75% manifestam episódios depressivos recorrentes, sendo que 10 a 30% mantêm-se com sintomas residuais. A depressão também é responsável pelo agravamento de outras condições de saúde, como doença arterial coronariana, diabetes mellitus e acidente vascular cerebral (MAURER, 2012).

Estudo aponta que pessoas com depressão recebem de duas a quatro vezes mais atendimento médico não psiquiátrico, no entanto o índice de indivíduos com a doença não diagnosticados por médicos na atenção primária chega a 50%. Além disso, muitas pessoas, principalmente do sexo masculino, raramente relatam de forma espontânea suas dificuldades de ordem emocional. O diagnóstico preciso e tratamento correto reduziria, portanto, visitas futuras ao serviço de saúde, despesas e morbidade relacionadas à doença (DO AMARAL CARVALHO; CARVALHO; LOPES, 2015).

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 garante a saúde como um direito de todos e responsabiliza ao Estado o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada pautada nas diretrizes de descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 1988). Direito este fundamentado pela instituição do SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/90 nomeada Lei Orgânica de Saúde, que estabelece condições de organização e funcionamento dos serviços com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a) e pela Lei nº 8.142/90 que diz respeito sobre a participação da comunidade na gestão dos serviços e sobre as transferências de recursos financeiros (BRASIL, 1990b).

O SUS é considerado sistema ímpar no mundo, que garante o acesso integral, universal e igualitário à população brasileira. No entanto, nos primeiros anos da sua criação o acesso ainda era um grave problema, e perante as dificuldades apresentadas surgiu a proposta da criação do Programa Saúde da Família (PSF), com a oferta da reorganização da saúde a partir da Atenção Primária (AP) e de alterações nos modelos assistenciais. Posteriormente, o PSF foi renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010a).

Com a reestruturação da AB no país, a ESF fornece resolutividade nesse nível de atenção e propicia à ampliação do acesso a saúde à população. Destaque para os termos Atenção Primária (AP) e AB que são similares e estão relacionados aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Com a consolidação da AP, foi publicada a Portaria nº 4279/2010, que determina as diretrizes para viabilizar ações e serviços de saúde através dos níveis de atenção primário, secundário e terciário, organizados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010b). Desta forma, enfatiza a necessidade de se romper relações verticalizadas e se organizar em rede de serviços para que possa ser compreendida de forma horizontal (MENDES, 2011).

Diante desta organização, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Pacto Pela Vida, criadas em 2006, determinaram que o acesso do idoso aos serviços de saúde deverá ser um grupo prioritário no atendimento na atenção primária, e conforme houver outras necessidades, poderá ser referenciado para serviços de média e alta complexidade organizados nas redes (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A gestão dos serviços de saúde precisa ser adaptada aos perfis demográficos e epidemiológicos desta população, visto que a proporção dos gastos com saúde dependerá de ações preventivas e educativas voltadas a uma vida saudável ou da ocorrência de enfermidades e dependência por parte dos idosos. As políticas de saúde devem considerar a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional para propor ações voltadas à prevenção, manutenção, independência, autonomia e procrastinação de doenças na população idosa, que nos próximos 30 anos, comprometerão grande número de idosos (VERAS, 2011).

Importante identificar se os serviços de saúde atualmente estão voltados para as necessidades da população, mediante a garantia de melhores condições de saúde, proporcionando ações de políticas sociais mais efetivas, na busca pela adequação com os princípios e diretrizes do SUS, fortalecendo assim a atenção primária, tornando os serviços mais efetivos para que se previnam as complicações geradas por ID, incentivando melhorias dos indicadores de saúde e equidade na utilização dos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação do ID com o uso e acesso dos serviços de saúde em idosos residentes em um município mineiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os idosos segundo as variáveis socioeconômicas, sociodemográficas e clínicas, de acordo com o ID.
- b) Determinar a prevalência do ID em idosos da comunidade.
- c) Caracterizar as variáveis de uso e acesso aos serviços de saúde segundo ID.
- d) Verificar a influência do ID no uso e acesso dos serviços de saúde entre idosos da comunidade.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL DE REALIZAÇÃO

Estudo com abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional. Esta pesquisa é parte integrante de um projeto maior intitulado “Quedas e violência contra idosos de Uberaba – MG” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Esta pesquisa foi desenvolvida na área urbana do município de Uberaba, estado de Minas Gerais.

4.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

Para a definição da população da área urbana foi utilizada a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. Para o cálculo amostral foi considerado como desfecho principal a prevalência de utilização dos serviços de saúde de 25%, com precisão de 3,5% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 37.365 idosos, obtendo-se uma amostra final de 580 idosos.

Para a seleção dos participantes, foi considerado, no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município, por meio de amostragem sistemática, organizando-se uma listagem única dos setores, identificando o bairro a que pertence. A quantidade de setores censitários urbano no município de Uberaba-MG era de 409, sendo selecionados 204. O Intervalo Amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir:

$$IA = Nsc/ncs.$$

Onde:

Nsc é o número total de setores censitários;

ncs é o número setores censitários sorteados.

$$\text{Sendo } IA = \frac{409}{204}; \quad IA = 2$$

O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais conforme o IA. No segundo estágio, a quantidade de domicílios foi dada pelo número de tentativas calculado anteriormente (n=855). Em seguida foi dividida esta quantidade de

domicílios pela quantidade de setores censitários sorteados (204 setores) de tal forma que se obteve uma quantidade semelhante dentro de cada setor censitário (4,1, ou seja, aproximadamente 4 idosos por setor). Por último, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais, de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até saturar a amostra.

As ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, e sorteada aleatoriamente a rua na qual deveria iniciar a busca do idoso. A coleta de dados iniciou-se na primeira residência da rua de cada setor censitário, conforme mapas obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Uberaba ou pelo *Google Earth*, seguindo-se em sentido horário até o final do setor censitário.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

No Brasil, consideram-se idosos aqueles indivíduos que possuem 60 anos ou mais de idade, sendo esta a referência adotada neste estudo (BRASIL, 2006a), como critério de inclusão. Além disso, era necessário que o idoso residisse na zona urbana de Uberaba.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os idosos que estavam institucionalizados, hospitalizados ou que apresentaram declínio cognitivo, segundo o resultado do Mini Exame do Estado Mental.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Instrumentos

Mini Exame de Estado Mental (MEEM): para a avaliação cognitiva foi utilizado o MEEM (Anexo A), traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos; sendo que o ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade do entrevistado, correspondendo a 13 pontos para

analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles com 1 a 11 anos de estudo e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994).

Caracterização sociodemográfica e econômica: foi utilizado instrumento construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM (Apêndice A).

Acesso e Utilização dos serviços de saúde aos serviços de saúde: foi avaliado por meio de duas seções do questionário da Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2010) (Anexo B).

Indicativo de Depressão: O ID foi mensurado através da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada. Tal escala é utilizada para rastreamento de depressão e foi proposta por Yesavage em 1983 e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999a), sendo constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não). Este instrumento é composto por um escore que varia entre zero e 15 pontos e considera-se com ID quando o idoso apresenta pontuação igual ou superior a 6 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b) (Anexo C).

Uso de álcool, frequência, tipo de bebida ingerida e dependência: Para coleta dos dados referentes a uso, frequência e tipo de bebida alcoólica ingerida pelos idosos, foi utilizado instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM (Apêndice B). Para avaliação de dependência foi utilizado o *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)*, elaborado por Blow e colaboradores em 1992 segundo versão original para adultos. Foi criado para detecção de abuso e provável dependência de álcool em idosos, sendo validado na realidade brasileira por Kano, Santos e Pillon (2014). Possui 24 questões e sua sensibilidade para o valor de corte é de cinco respostas positivas. A pontuação entre 0 a 4 pontos significa que não há indício de alcoolismo, ao passo que a soma igual ou acima de cinco pontos caracteriza problemas relacionados com o abuso e provável dependência de álcool (KANO; SANTOS; PILLON, 2014) (Anexo D).

Número de medicamentos: Para coleta dos dados referentes a quantidade diária de medicamentos utilizados pelos idosos, foi utilizado instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM (Apêndice C).

Morbidades autorreferidas: Foi utilizado o Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ), somente o item de morbidades autorreferidas. As morbidades autorreferidas consistiram nos dados referentes aos 26 itens contemplados no BOMFAQ. Este instrumento foi baseado em um instrumento mais amplo elaborado pela Duke University e denominado Older Americans

Resources and Services (OARS). Posteriormente foi adaptado e validado no Brasil por Blay, Ramos e Mari (1988) (Anexo E).

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Socioeconômicas, demográficas: sexo (masculino e feminino), faixa etária, em anos (60|-79,80 anos e mais), estado conjugal (nunca se casou, casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade; 1 |- 4; 5 |- 8; 9 anos ou mais), renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5); moradia (própria quitada, própria/paga prestação, de parente/paga aluguel, de estranho/paga aluguel, cedida/sem aluguel).

Acesso aos serviços de saúde: procura do mesmo local de atendimento à saúde, local de procura para atendimento de saúde, consulta médica nos últimos 12 meses.

Utilização dos Serviços de Saúde: atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas, motivo da procura, recebeu atendimento, atendimento realizado pelo SUS.

Variáveis clínicas:

- ✓ Morbidades autorreferidas: número de doenças (0, 1 |- 7, 7 ou mais).
- ✓ Uso Álcool: Provável abuso ou dependência de álcool (Sim, Não).
- ✓ Número de medicamentos.
- ✓ Indicativo de Depressão: Presença de ID (Sim, Não).

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS:

Foi elaborada planilha eletrônica no programa Excel®, e os dados foram digitados em dupla entrada e submetidos à verificação da consistência entre os dois bancos. Posteriormente os dados foram importados para o programa estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 21.0 para proceder à análise.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para atender aos objetivos das letras “a”, “b” e “c” as variáveis categóricas foram apresentadas empregando distribuições de frequências absolutas e percentuais. No objetivo da letra “b” foi utilizada a distribuição de frequência absoluta e relativa, com um intervalo de confiança de 95%.

Para a análise do objetivo da letra “d” foi realizada análise bivariada empregando-se medidas de associação em tabelas de contingência (qui-quadrado, razões de prevalências e razões de chances de prevalência) para as variáveis categóricas. A análise ajustada incluiu a regressão logística binomial múltipla, considerando o Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5%.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com parecer nº 2.295.596. Os participantes desta pesquisa foram contatados em seus domicílios e foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido termo a entrevista foi conduzida.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E CLÍNICO

Do total da amostra pesquisada (Tabela 1), observou-se que a maioria dos idosos eram do sexo feminino, em ambos os grupos, com ID (70,9%) e sem ID (67,4%).

Em relação à faixa etária verificou-se que entre os idosos de 60 | 79 anos (87,2%) houve um percentual maior do grupo que tem ID comparado ao mesmo grupo dos idosos de 80 anos ou mais (12,8%). Quanto ao estado conjugal, o maior percentual do grupo com ID, foram aqueles que moravam com a esposa (a) ou companheiro (41,9%).

Observou-se que nos dois grupos (com ID e sem ID) o maior percentual de idosos possuíam casa própria (79,65%), apresentavam escolaridade de 1 | 4 anos (52,41%) e tinham renda de 1 salário mínimo (42,93%).

Tabela 1 – Caracterização das variáveis sociodemográficas e econômicas, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Indicativo de Depressão		Total n (%)
	Com n (%)	Sem n (%)	
Sexo			
Feminino	105 (70,9%)	291 (67,4%)	396 (68,27%)
Masculino	43 (29,1%)	141 (29,1%)	184 (31,73%)
Faixa etária			
60 79	129 (87,2%)	357 (82,6%)	486 (83,79%)
80 ou mais	19 (12,8%)	75 (17,4%)	94 (16,21%)
Estado conjugal			
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	10 (6,8%)	31 (7,2%)	41 (7,1%)
Mora com esposo (a) ou companheiro(a)	62 (41,9%)	213 (49,3%)	275 (47,41%)
Viúvo(a)	53 (35,8%)	152 (35,2%)	205 (35,34%)
Separado(a), Desquitado (a) ou divorciado(a)	23 (15,5%)	36 (8,3%)	59 (10,17%)
Moradia			
Própria- quitada	110 (74,3%)	352 (81,5%)	462 (79,65%)
Própria- paga prestação	10 (6,8%)	12 (2,8%)	22 (3,79%)
É de parente-paga aluguel	2 (1,4%)	6 (1,4%)	8 (1,38%)
Estranho – paga aluguel	14 (9,5%)	30 (6,9%)	44 (7,59%)
Cedida – sem aluguel	12 (8,1%)	32 (7,4%)	44 (7,59%)
Escolaridade			
Não estudou	28 (18,9%)	63 (14,6%)	91 (15,69%)
1-4 anos	83 (56,1%)	221 (51,2%)	304 (52,41%)
5-8 anos	17 (11,5%)	72 (16,7%)	89 (15,34%)
9 anos ou mais	20 (13,5%)	76 (17,6%)	96 (16,55%)
Renda			
Não tem renda	13 (8,8%)	41 (9,5%)	54 (9,31%)
Menos que 1 salário mínimo	3 (2,0%)	7 (1,6%)	10 (1,72%)
1 salário mínimo	72 (48,6%)	177 (41,0%)	249 (42,93%)
De 1 a 3 salários mínimos	47 (31,8%)	167 (38,7%)	214 (36,89%)
De 3 a 5 salários mínimos	10 (6,8%)	24 (36,9%)	34 (5,86%)
> que 5 salários mínimos	3 (2,0%)	16 (3,7%)	19 (3,27%)

Fonte: A autora, 2017.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas da população estudada, segundo o ID. Da amostra total, houve percentual de idosos com provável abuso de

álcool (7,24%), destaque para 5 ou mais morbidades (62,24%) e uso de 1 até 4 medicamentos (55,86%).

No grupo de ID, quanto ao número de morbidade, destaque para o item 5 ou mais morbidades: o percentual 73,6% e o mesmo ocorreu quanto ao uso de medicamentos (43,9%). Quanto ao abuso de álcool, o percentual foi de 10,1%.

Tabela 2 – Caracterização das variáveis clínicas, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Indicativo de Depressão (ID)		Total n (%)
	Com n (%)	Sem n (%)	
Provável Abuso ou Dependência Álcool			
Sim	15 (10,1%)	27 (6,3%)	42 (7,24%)
Não	133 (89,9%)	405 (93,8%)	538 (92,76%)
Morbidades			
Nenhuma	3 (2%)	9 (2,1%)	12 (2,07%)
De 1 a 4	36 (24,3%)	171 (39,6%)	207 (35,69%)
5 ou mais	109 (73,6%)	252 (58,3%)	361 (62,24%)
Medicamentos			
Nenhum	19 (12,8%)	52 (12%)	71 (12,24%)
1 a 4	64 (43,2%)	260 (60,2%)	324 (55,86%)
5 ou mais	65 (43,9%)	120 (27,8%)	185 (31,90%)

Fonte: A autora, 2017.

5.2 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS

A prevalência de ID correspondeu a 25,5% da amostra total.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Constatou-se que da amostra geral 84,48% acessavam o mesmo lugar ou mesmo médico quando precisavam de atendimento; 42,81% acessavam posto de saúde, 84,31% consultaram médico nos últimos 12 meses. No grupo com ID os percentuais são próximos ao da amostra geral, permanecendo a mesma caracterização, Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização das variáveis de acesso dos serviços de saúde, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Indicativo de Depressão (ID)		
	Com n (%)	Sem n (%)	Total n (%)
Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço			
Sim	126 (85,1%)	364 (84,3%)	490 (84,48%)
Não	22 (14,9%)	68 (15,7%)	90 (15,52%)
Local de procura			
Farmácia	1 (1%)	3 (1%)	4 (1,04%)
Centro ou Posto de Saúde	44 (45,4%)	120 (42%)	164 (42,81%)
Consultório Particular	32 (33%)	104 (36,4%)	136 (35,51%)
Ambulatório ou Consultório de Empresa	2 (2,1%)	0 (0%)	2 (0,52%)
Ambulatório ou Consultório de Clínica	2 (2,1%)	11 (3,8%)	13 (3,39%)
Ambulatório de Hospital	12 (12,4%)	29 (10,1%)	41 (10,70%)
Pronto Socorro ou Emergência	4 (4,1%)	18 (6,3%)	22 (5,74%)
Outros	0 (0%)	1 (0,3%)	1 (0,26%)
Consulta médica nos últimos 12 meses			
Sim	131 (88,5%)	358 (82,9%)	489 (84,31%)
Não	17 (11,5%)	74 (17,1%)	91 (15,69%)

Fonte: A autora, 2017.

Quanto a utilização dos serviços de saúde, ressalta-se que 25,86% do total da amostra procurou serviço nas duas últimas semanas, sendo que o principal motivo da procura é a doença com o percentual de 47,3%. Desta parcela que procurou o serviço, 56,40% recebeu atendimento, sendo que 56% desses atendimentos foram realizados pelo SUS. Destaque para o grupo com ID, 75% não procuraram por atendimento recente, Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização das variáveis do uso dos serviços de saúde, segundo o indicativo de depressão de idosos. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Indicativo de Depressão (ID)		
	Com n (%)	Sem n (%)	Total n (%)
Procurou por atendimento nas duas últimas semanas			
Sim	37 (25%)	113 (26,2%)	150 (25,86%)
Não	111 (75%)	319 (73,8%)	430 (74,14%)
Principal motivo da procura			
Acidente ou lesão	0 (0%)	4 (3,5%)	4 (2,7%)
Problema Odontológico	1 (2,7%)	1 (0,9%)	2 (1,3%)
Reabilitação	2 (5,4%)	4 (3,5%)	6 (4,0%)
Vacinação	1 (2,7%)	2 (1,8%)	3 (2,0%)
Doença	17 (45,9%)	54 (47,8%)	71 (47,3%)
Somente Atestado de Saúde	0	2 (1,8%)	2 (1,3%)
Outros	16 (43,2%)	46 (40,7%)	62 (41,3%)
Recebeu atendimento			
Sim	35 (94,6%)	59 (52,2%)	94 (56,40%)
Não	12 (32,4%)	54 (47,8%)	66 (39,60%)
Atendimento realizado através do SUS			
Sim	25 (67,6%)	59 (52,2%)	84 (56%)
Não	12 (32,4%)	54 (47,8%)	66 (44%)

Fonte: A autora, 2017.

5.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO NO USO E ACESSO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE

As variáveis da análise bivariada preliminar para o uso do serviço de saúde, para a amostra geral, foram: sexo ($p=0,96$), companheiro ($p=0,96$), medicamentos ($p=0,08$), ID ($p=0,8$), morbidades ($p=0,90$), faixa etária ($p=0,48$), ou seja os valores encontrados, dos indicadores de uso de serviços não apresentaram associações estatisticamente significantes com o ID, Tabela 5 e 6.

Tabela 5 - Análise bivariada das variáveis preditoras do uso dos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017

	Uso do serviço		OR*	RCP**
	SIM n (%)	NÃO n (%)		
Sexo			1,2(0,8-1,7)	1,1 (0,8-1,5)
Feminino	106 (26,8)	290 (73,2)		
Masculino	44 (23,9)	140 (76,1)		
Faixa Etária			1,2 (0,7-2)	1,1 (0,8-1,7)
60 a 79 anos	128 (26,3)	358 (73,7)		
80 anos ou mais	22 (23,4)	72 (76,6)		
Companheiro			1,1 (0,8-1,6)	1,1 (0,8-1,4)
Não	79 (25)	237 (75)		
Sim	71 (26,9)	193 (73,1)		
Medicamentos			1,8(1,0-3,5)	1,1 (0,8-1,4)
1 ou mais	138 (27,1)	371 (72,9)		
Nenhum	12 (16,9)	59 (83,1)		
Morbidades			1,1(0,8-1,6)	1,1 (0,8-1,4)
5 ou mais	96 (26,6)	265 (73,4)		
0 a 4	54 (24,7)	165 (75,3)		
Indicativo de depressão			1,1(0,7-1,6)	1,0 (0,8-1,4)
Não	113 (26,2)	319 (73,8)		
Sim	37 (25)	111 (75)		
Uso Álcool			1,8 (0,8-4,2)	1,6 (0,8-3,2)
Não	143 (26,6)	395 (73,4)		
Sim	7 (16,7)	35 (83,3)		

* Odds Ratio

** Razão de chance de prevalência

Fonte: A autora, 2017.

Tabela 6 - Modelo de Regressão Logística Binomial Múltipla para as variáveis associadas ao uso dos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Uso dos serviços	
	p	Exp(β)
Uso do álcool	0,16	1,8 (0,8-4,4)
Sexo	0,96	1,0 (0,6-1,5)
Companheiro	0,66	1,1 (0,7-1,6)
Indicativo de depressão	0,80	1,1 (0,7-1,6)
Medicamentos	0,08	1,8 (0,9-3,5)
Morbidades	0,90	1,0 (0,7-1,5)
Faixa Etária	0,48	1,2 (0,7-2,0)

Fonte: A autora, 2017.

As variáveis da análise bivariada preliminar para o acesso do serviço de saúde, consolidou-se como fator associado ao acesso dos serviços de saúde, o uso de álcool ($p=0,04$). Ao que se refere aos outros indicadores do acesso aos serviços de saúde

com ID, nenhuma variável apresentou estatisticamente significativa no modelo de regressão, Tabelas 7 e 8.

Tabela 7- Análise bivariada das variáveis associadas do acesso aos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

	Acesso aos serviços			
	SIM n (%)	NÃO n (%)	OR*	RCP**
Sexo			1,1 (0,7-1,8)	1,0 (0,9-1,1)
Feminino	333 (84,1)	63 (15,9)		
Masculino	157 (85,3)	27 (14,7)		
Faixa Etária			1,1 (0,6-2,0)	1,0 (0,9-1,1)
60 a 79 anos	410 (84,4)	76 (15,6)		
80 anos ou mais	80 (85,1)	14 (14,9)		
Companheiro			1,2 (0,8-1,9)	1,0 (1,0-1,1)
Não	219 (83)	45 (17)		
Sim	271 (85,8)	45 (14,2)		
Medicamentos			1,5 (0,8-2,9)	1,1 (1,0-1,2)
1 ou mais	434 (85,3)	75 (14,7)		
Nenhum	56 (78,9)	15(21,1)		
Morbidades			1,2 (0,8-2,0)	1,0 (1,0-1,1)
5 ou mais	309 (85,6)	52 (14,4)		
0 a 4	181 (82,6)	38 (17,4)		
Indicativo de depressão			1,1 (0,6-1,8)	1,0 (0,9-1,1)
Não	364 (84,3)	68 (15,1)		
Sim	126 (85,1)	22 (14,9)		
Uso Álcool			8,1 (1,1-59,8)	1,2 (1,1-1,2)
Não	449 (83,5)	89 (16,5)		
Sim	41 (97,6)	1 (2,4)		

Destaque: valores iguais ou menores a 0,01

* *Odds Ratio* ** Razão de chance de prevalência

Fonte: A autora, 2017.

Tabela 8 - Modelo de Regressão Logística Binomial Múltipla para as variáveis associadas ao acesso dos serviços de saúde entre idosos com indicativo de depressão da comunidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Acesso aos serviços	
	p	Exp(β)
Uso do álcool	0,04	8,4 (1,1-63,3)
Sexo	0,76	0,9 (0,5-1,6)
Companheiro	0,25	1,3 (0,8-2,1)
Indicativo de depressão	0,92	1,0 (0,6-1,7)
Medicamentos	0,21	1,5 (0,8-3-2,9)
Morbidades	0,6	1,1 (0,7-1,9)
Faixa Etária	0,53	1,2 (0,6-2,3)

Fonte: A autora, 2017.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou delinear o uso e acesso aos serviços de saúde, associando os fatores que poderiam influenciar a população idosa com ID. Por ser uma parcela específica da população, pode-se observar uma lacuna na literatura referente a estudos correlacionando estas variáveis, apesar de terem sido identificados estudos isolados de cada variável.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E CLÍNICO

As características encontradas dos idosos entrevistados assemelharam-se às observadas em estudos populacionais brasileiros, com predomínio acentuado do sexo feminino, caracterizando a feminização do envelhecimento. O predomínio de idosos do sexo feminino na amostra pesquisada (68,27%) corresponde a estudos conduzidos na comunidade em Ribeirão Preto-SP (66,1%) (BALDONI et al., 2015) e Belo Horizonte-MG (59,6%) (FIALHO et al., 2014). O mesmo acontece para o maior percentual de idosos na faixa etária entre 60-70 anos (BARBOSA et al., 2014; TESTON; ROSSI; MARCON, 2013).

A faixa etária predominante foi de 60-79 anos, sendo 129 (87,2%) dentre aqueles com ID e 357 (82,6%) no grupo sem indicativo. Pesquisa do tipo meta-análise demonstra que o aumento da idade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos entre idosos de menos de 80 anos, atribuindo tais achados a mortalidade entre os indivíduos depressivos (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, pessoas que estão envelhecendo, 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)

A escolaridade é considerada fator protetor da depressão em idosos, pois, em situações estressantes e adversas, quando dispõem de maior estudo, conseguem manejar melhor dentro dessas circunstâncias (FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009). Além disso, 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 auto eficácia (GAZALLE et al., 2004) e afastando o desenvolvimento de sintomas depressivos.

A diferença encontrada na proporção entre os sexos pode ser explicada pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens em decorrência da maior proteção dada pelo estrógeno, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens em todas as faixas etárias, menor consumo de tabaco e álcool e maior frequência em atendimentos de saúde (LEITE et al., 2006; GUIMARÃES; CALDAS, 2006; SOUZA, et al., 2009; VERAS, 2009).

Em relação ao uso dos medicamentos, da amostra da população geral, verificou-se um percentual de 55,86% utilizando de 1 a 4 medicamentos. É fato que o uso de grandes quantidades de fármacos aumenta o risco de reações adversas, uso de forma incorreta por parte dos idosos, além de intensificar o risco para a morbimortalidade (SILVA et al., 2012). Torna-se um grande desafio para a saúde pública no Brasil, o uso racional de medicamentos pelos idosos, pois envolve a responsabilidade dos profissionais de saúde, pacientes e familiares (KHALIL; RODRIGUES, 2015).

É imprescindível o conhecimento sobre o consumo de medicamentos desta população, para que seja possível fazer redefinições em políticas públicas voltadas para a melhoria nas condições de vida e saúde desses idosos (KHALIL; RODRIGUES, 2015).

Pesquisas têm mostrado a forte associação das principais doenças crônicas não transmissíveis a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de

colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos (SILVA et al., 2012).

Em relação a morbidades, no grupo de idosos com ID, apresentou um percentual de 73,6% com 5 ou mais morbidades. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer (BRASIL, 2007).

6.2 PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS

Nesse estudo, a prevalência de ID correspondeu a 25,5%. O estigma social associado à depressão leva o idoso a não mencionar o problema aos profissionais de saúde (BRASIL, 2006a). Esses fatores irão refletir no subdiagnóstico e subtratamento da depressão, uma vez que cerca de 50% a 60% dos casos não são identificados pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2006a).

Em estudo realizado com 639 idosos não institucionalizados, em Montes Claros-MG, 26,3% da amostra, na faixa etária de 60 e 79 anos, apresentou ID (RAMOS et al., 2016). Resultado parecido também foi encontrado em uma pesquisa com 160 idosos comunitários de Maringá-PR, na qual 17% também apresentaram sintomas depressivos (TESTON, CARREIRA E MARCON, 2014). Dados do PNAD (2010) 48,9% dos idosos do país sofrem de mais de 1 doenças crônica, destes 9,2% queixam de depressão.

Contrariando os estudos acima mencionados, Chaves et al. (2014), encontrou em seu estudo, 88% de ID em uma amostra de 287 idosos em Alfenas-MG. Outros estudos têm apontado que a depressão tende a aumentar com a progressão da idade e que o maior pico se encontra entre os 70 a 79 anos (GAZALLE, et al., 2004; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

Não há uma uniformização dos dados referentes a essa problemática, o que dificulta comparar pesquisas publicadas, há uma falta de exatidão no que se refere a amplitude do diagnóstico da depressão. Estudos epidemiológicos sugerem que os efeitos da idade, na sintomatologia depressiva, podem ser atribuídos aos problemas de saúde e incapacidades frequentes em idosos e não somente ao envelhecimento (SNOWDON, 2002; LIMA-COSTA; BARRETO e GIATTI, 2003).

6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Dados semelhantes a esse estudo foram identificados na Pesquisa Nacional de Saúde, no qual 79,3% dos idosos acessavam o mesmo lugar ou mesmo médico quando precisavam de atendimento (IBGE, 2015). Quando analisamos a amostra total com o grupo de ID, os percentuais são semelhantes, não verificando nenhuma associação significativa.

O idoso, por vezes, utiliza com frequência os serviços de saúde, tanto pela necessidade de investigar o seu quadro clínico, ou por queixas, denominadas de psicossomáticas, e, em inúmeros casos, subestimado pelos profissionais. Percebe-se que o idoso, teme ser diagnosticado depressivo, pelo receio da dependência física, da desesperança em melhorar sua situação de saúde e do medo da morte (FERREIRA et al., 2013).

A utilização dos serviços de saúde envolve fatores associados à disponibilidade de serviços, às condições de acesso, à qualidade da assistência e o vínculo da população com os serviços (DELLAROZA et al., 2013), o que justifica os resultados.

Os profissionais da atenção primária, de forma multiprofissional devem se envolver ativamente na relação com usuários, treinamento profissional de saúde e ampliação do sistema. Além destes fatores, um processo de atendimento eficaz, com profissionais capacitados e uma estrutura que suporte os requisitos mínimos que atendam às necessidades dos usuários, são de fundamental importância (BRASIL 2006b).

A consulta médica é um aspecto positivo da atenção em saúde, por ser uma oportunidade para diagnóstico precoce, prevenção, tratamento e encaminhamento para reabilitação. Entretanto, o uso excessivo de serviços de saúde é um marcador da atenção com baixa resolutividade (SILVA et al., 2017).

Quando se fala em saúde mental e depressão, a falta de acompanhamento e tratamento pode levar a um agravamento da condição de saúde do idoso, trazendo danos à saúde, propiciando o surgimento de doenças crônicas e o risco de suicídio. Conhecer o acesso e utilização dos serviços de saúde dos idosos no cenário investigado, possibilita o planejamento de ações em saúde conforme as características apresentadas.

6.4 INFLUÊNCIA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO NO USO E ACESSO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE

Nesse estudo verificou-se fatores associados que podem modificar o perfil do uso e acesso dos serviços de saúde entre idosos com ID, nenhuma variável apresentou estatisticamente significativa no modelo de regressão. Há escassez de estudos relacionando estas variáveis, portanto torna-se mais difícil encontrar dados para viabilizar ações concretas para aprimoramento dos profissionais e população em geral.

Consolidou-se como fator associado ao acesso dos serviços de saúde, o uso de álcool ($p=0,04$). Essa problemática causa diversas consequências psicológicas e sociais para o indivíduo e família. Há um desgaste decorrente de conflitos que surgem e consequências clínicas decorrentes do uso dessas substâncias.

A maior utilização dessa droga, mesmo com os malefícios provenientes do seu uso, são substâncias aceitas pela legislação brasileira e, por isso, com maior acessibilidade e menor estigma, refletindo também na pouca atenção ao tratamento tendo-se em vista o baixo número de idosos inseridos em serviço especializados para essas demandas (CANTÃO, et al., 2015).

A associação entre álcool e depressão merece atenção, revisão de literatura apontou a depressão como precursora do abuso de álcool e, também, o abuso de álcool como agravante desse transtorno. O uso de substâncias ocorre muitas vezes como forma de fuga ou canalização dos sintomas do diagnóstico depressivo podendo desencadear sintomatologia mais grave, bem como, desfechos fatais como o autoextermínio (WHO, 2014; POMPILI, et al., 2010).

Os serviços de saúde mental, que desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, deveriam ser uma parte integral na assistência a longo prazo. Deve-se dar uma atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental

(especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco das principais DCNT, bem como dos acidentes e violências (OMS, 2008)

Ainda há um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. As pesquisas destacam que os processos organizativos do SUS, até o presente momento, permeiam entre a descentralização que fragmenta os serviços e a regionalização que deve uni-los em rede integrada e referenciada capaz de dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários.

Nesta perspectiva, reafirma-se a importância dos profissionais de saúde investigar as características de risco da população estudada, para oferecer apoio aqueles que estão passando por dificuldades. A realização de grupos em que se permite aos idosos trocarem experiências e vivências pode ajudá-los a superar essa fase, bem como, o manejo adequado oferecendo suporte psicossocial.

7 CONCLUSÃO

A proporção de idosos com ID correspondeu a 25,5%. Em ambos os grupos, os maiores percentuais concentraram-se em idosos do sexo feminino, em ambos os grupos, com ID (70,9%) e sem ID (67,4%), no entanto, no grupo sem ID o percentual de idosas foi maior.

Quanto ao estado conjugal, o maior percentual do grupo com ID, foram aqueles que mora com a esposa (a) ou companheiro (41,9%). Observou-se que nos dois grupos (com ID e sem ID) o maior percentual de idosos possuem casa própria (79,65%), a escolaridade de 1 a 4 anos (52,41%) e dispõe da renda de 1 salário mínimo (42,93%).

Constatou-se que da amostra geral 84,48% acessavam o mesmo lugar ou mesmo médico quando precisavam de atendimento; 42,81% acessavam posto de saúde, 84,31% consultaram médico nos últimos 12 meses. No grupo com ID os percentuais são próximos ao da amostra geral.

As variáveis da análise bivariada preliminar para o acesso do serviço de saúde, consolidou-se como fator associado ao acesso dos serviços de saúde, o uso de álcool ($p=0,04$).

De modo geral, os resultados deste estudo estão condizentes com os dados encontrados referentes a população com sintomatologia depressiva, que apontam prevalências crescentes e significativas em idosos. No entanto, no que diz respeito a associação com o uso e acesso dos serviços de saúde, não encontramos associações estatisticamente significativas, fato que demonstra o quanto ainda é necessário investir em pesquisas para que haja um planejamento adequado das ações de saúde voltadas a esta população.

Diante desse cenário, estratégias voltadas à identificação dos fatores associados à depressão podem ajudar os diversos profissionais dos serviços de saúde, em equipes multidisciplinar/interdisciplinar, inseridos em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária), a compreender a realidade destes indivíduos, bem como, diagnosticar e propor intervenções mais precoces e adequadas possíveis.

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.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BARBOSA, Maria Helena et al . Fatores sociodemográficos e de saúde associados à dor crônica em idosos institucionalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto , v. 22, n. 6, p. 1009-1016, dezembro 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000601009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de setembro de 2017.
- BARRETO, Mayckel da Silva; CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia Silva. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.
- BASTOS, G. A. N.; HARZHEIM, E.; SOUSA, A. L. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 409-420, 2014.
- BALDONI, A. O. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35, n. 4, 2015.
- BLOW, FC; BROWER, KJ; SCHULENBERG, JE; DEMO-DANANBERG, LM; YOUNG, JP; BERESFORD, TP. The Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G): a new elderly-specific screening instrument. **Alcohol Clin Exp Res**. 1992
- 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.; RAMOS, L.R.; MARI, J.J. Validity of a brazilian version of the older americans resources and services (OARS) mental health screening questionnaire. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 36, n. 08, p. 687-692, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 91 de 18 de fevereiro de 2016. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 11 out. 2016.

_____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 out. 2016

_____. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 11 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, seção 1, p. 142-5. 2006a. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 2010b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

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

CANTÃO, Luiza; FONSECA, Leonardo Leão Kahey; SILVA, Talita Ingrid Magalhães; OLIVEIRA, Marcela; OLIVEIRA, Valéria da Conceição; MACHADO, Richardson Miranda. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v.16, n.3, p.307-317, Junho 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324041234008/> Acesso em 11 de novembro de 2017.

CHAVES, Érika de Cássia Lopes et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2014.

COHEN, Rachel; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; PRIEB, Rita Gigliola Gomes. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 307-317, Junho 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de dezembro de 2017.

DELLAROZA, M. S. G. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em Sao Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 914-22, 2013.

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

DO AMARAL CARVALHO, Iana Pires; CARVALHO, Cesar Gattermann Xavier; LOPES, José Mauro Ceratti. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015.

ELLISON JM, KYOMEN HH, HARPER DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012;35(1):203-29. Fiske A, WetherellJL, Gatz M. (2009) Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 5:363-89.

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 401-407, abril de 2013.

FIALHO, C. B. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 599-610, 2014.

FISKE, A; WETHERELL, J.L; GATZ, M. Depression in older adults. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v.5, p.363–89, 2009.

FILHAL, Mariza Miranda Theme; JUNIOR, Paulo Roberto Borges; DAMACENALL, Giseli Nogueira; SZWARCWARDLL, Celia Landmann. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira Epidemiologia**, p.83-96, 2015.

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.

GUMARAES, Joanna Miguez Nery; CALDAS, Célia Pereira. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 9, n. 4, p. 481-492, Dezembro 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de outubro de 2016.

HERNANDES, E. S. C. Health insurance coverage of the elderly and socioepidemiological characteristics associated. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1030-1038, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2014. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014.

_____. 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 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2015 / IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2016.

KANO, M.Y.; SANTOS, M.A.; PILLON, S.C. Uso de álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – GeriatricVersion (MAST-G). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 648-55, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-648.pdf>. Acesso em: 10 Set 2016.

KHALIL, S. S; RODRIGUES, M. C. S. Polifarmácia em idosos do Brasil: reflexão à luz de problemáticas e perspectivas. **Revista Ibero-Americana de Saúde Envelhecimento**, Évora, v.1, n.2, p. 146-154, 2015.

LEITE, V.M.M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n.1, p. 31-38, 2006.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 735-743, 2003.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733–740, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021>. Acesso em: 04 set. 2017

LUPPA, M. et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 136, n. 3, p. 212–21, 2012.

MAURER, DM. Screening for depression. **Am. Fam. Physician**, 2012, v.85, n.2, p.139-144

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016

MOTTA, Luciana Branco da et al. Saúde da pessoa idosa: fisiologia do envelhecimento. 2014.

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.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3. ed. Washington, DC, 2003.

_____. **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. 2017.

_____. **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 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Classificação Estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. Ginebra,

2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 05 out. 2017

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.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 213-220, 2013.

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.

POMPILI M, SERATINI G, INNAMORATI M, DOMINICI G, FERRACUTI S, KOTZALIDIS GD, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *International J. Environ Res. Public Health*. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 18 de outubro de 2017.

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

RAMOS, Luiz Roberto et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. **Revista de saúde pública**, v. 50, p. 9, 2016.

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

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 outubro de 2017.

SANCHES, RM; CICONELLI, RM. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana Salud Publica**. 3ed. N31, p.260-268,2012.

SILVA, G. O. B. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 386-95, 2012.

SILVA, Alexandre Moreira de Melo; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; PEIXOTO, Sérgio Viana; CARVALHO, Deborah; COSTA, Maria Fernanda Lima. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/672/67251395004/> Acesso em: 04 de dezembro de 2017.

SILVEIRA, Michele Marinho da et al. Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 8, n. 26, 2011.

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

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.

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

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.

TEIXEIRA, E. T. L.; OLIVEIRA, C. T.; SILVA, S. S. Obstáculos ao acesso à saúde do idoso: o olhar dos profissionais de saúde. **Revista Enfermagem Hereditaria**, Lima, v. 4, n. 2, p. 56–63, 2011.

TESTON, E. F.; ROSSI, R. M.; MARCON, S. S. Use of health services by residents at a seniors-only living facility. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1122-1128, 2013.

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

VERAS, R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011. Disponível em:
<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 Set 2016.

VIRTUOSO, J. F. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 23-31, 2012.

WAGNER, Gabriela Arantes. Treatment of depression in older adults beyond fluoxetine. **Revista de saude publica**, v. 49, p. 20, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014.

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.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - Dados sociodemográficos e econômicos

1) Qual a sua renda individual:.....

- 1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 | 3 salários mínimo 5 - De 3 | 5 salários mínimo 6 – mais de 5 salários mínimos

2) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha).....

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1-Aposentadoria | 2-Pensão |
| 3-Renda/ aluguel | 4-Doação (família) |
| 5-Doação (outros) | 6-Trabalho contínuo (formal ou não) |
| 7- Trabalho eventual | 8-Renda mensal vitalícia |
| 9- Aplicação financeira | 10- Sem rendimento próprio |
| 11-Outro. Especificar _____ | 99- Ignorado |

3) Principal atividade profissional exercida atualmente:.....

- 1- Dona de casa 2- Empregada doméstica 3- Trabalhador braçal
 4- Trabalhador rural 5- Profissional liberal 6- Agricultor 7- Empresário
 8- Outro (especifique _____) 9- Não exerce 99- Ignorado

4) Qual a razão pela qual o (a) sr(a) se aposentou?.....

- 1- Tempo de Serviço 2- Idade
 3- Problema de Saúde: _____
 4- Não se aposentou 99- Ignorado

5) No seu entender de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc).....

- 1- Mal 2- Regular 3- Bom 99- Ignorado

6) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

7) A casa onde o sr. mora:.....

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel
4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo
99- Ignorado

8) O Sr(a) mora em seu domicílio (Múltipla escolha):.....

(1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)

(2) Com cuidador profissional (1 ou +)

(3) Com o cônjuge

(4) Com outros de sua geração

(5) Com filhos

(6) Com netos

(7) Com nora ou genro

(8) Outros _____

(9) Não Sei

(99) Não Responde

APÊNDICE B - Uso de álcool

1) Em relação ao uso de álcool, o Sr.:.....

1. Bebe atualmente
2. Já bebeu no passado (no último ano)
3. Nunca bebeu ou parou de beber há mais de uma ano.

2) Com que frequência ingere bebida alcoólica?.....

1. Diariamente
2. 1 a 3 vezes por semana
3. 4 a 6 vezes por semana
4. 1 a 3 vezes por mês
5. Menos de 1 vez por mês
6. Nenhuma

3) Quanto ingere de bebida alcoólica?

Cerveja:	Garrafas (600 ml) <input type="checkbox"/>	Garrafas (long neck) ou latas <input type="checkbox"/>	
Vinho:	Garrafas (700ml) <input type="checkbox"/>	Copos <input type="checkbox"/>	Taças <input type="checkbox"/>
Doses*:	Uísque <input type="checkbox"/>	Vodka <input type="checkbox"/>	Licores <input type="checkbox"/> Cachaça <input type="checkbox"/>
Outro	Especificar _____)		

(* uma dose equivale a 1/3 do copo americano)

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo **Quedas e violência contra idosos de Uberaba – MG**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: calcular a prevalência de quedas e de violência contra idosos; caracterizar o perfil do idosos que sofreram quedas e violência física e psicológica; verificar os preditores de quedas e de violência física e psicológica contra os idosos e, identificar *clusters* de quedas e violência contra idosos no município de Uberaba. Para participar você deverá responder umas perguntas sobre os seus dados pessoais e sua saúde. Além disto, realizar testes de desempenho funcional realizados pela verificação da sua força das mãos e sua capacidade de andar.

Você poderá obter todas as informações que quiser; e poderá não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá 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 ele será identificado por 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 ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3700-6015 / 3318-5881

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

ANEXOS

ANEXO A - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

- 1) **Orientação para tempo** (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

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 ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

- 3) **Memória Imediata** (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

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

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

- 4) **Atenção e Cálculo** (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na “Nota” coloque a soma das respostas corretas).

“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: _____

b) “Soletre a palavra MUNDO de trás para frente”

O____ D____ N____ U____ M_____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 4 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

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

Caneca_____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

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

Relógio _____

Lápis_____

Nota: _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: “Nem aqui, nem ali, nem lá”

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: _____

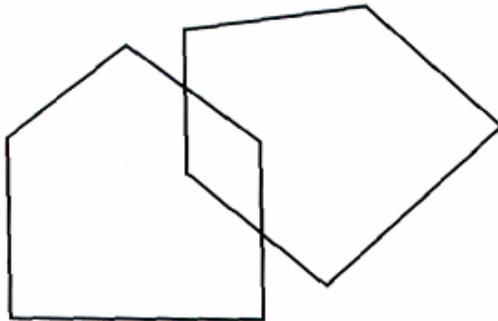
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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.



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

9) Idoso apresentou declínio cognitivo:.....

(1) Sim (2) Não

OBS: SE DER DECLÍNIO COGNITIVO ENCERRAR A ENTREVISTA.

ANEXO B – Questionário do uso e acesso aos serviços de saúde

ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

1) Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1- Sim (siga para a questão 2)

2- Não (pule para a questão 3)

2) Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar:.....

1-Farmácia

2-Posto ou centro de saúde

3- Consultório particular

4-Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato

5- Ambulatório ou consultório de clínica

6-Ambulatório de hospital

7- Pronto-socorro ou emergência

8-Agente comunitário de saúde

9-Outro tipo de serviço (curandeiro, centro espírita, etc..) – Especifique _____

3) Nos últimos doze meses consultou médico?

1-Sim (siga para a questão 4)

2-Não (pule para a questão 4^a)

4) Quantas vezes consultou médico nos doze últimos meses?.....

4^a) Utiliza medicamentos de uso contínuo?.....

1-Sim (siga para a questão 4b)

2-Não (pule para a questão 5^a)

4b) Na última vez que precisou obter o(s) medicamento(s) de uso contínuo, recebeu gratuitamente:.....

6ª) Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?

1- Acidente ou lesão

2- Problema odontológico

3- Reabilitação

4- Pré-natal

5- Puericultura

6- Vacinação

7- Parto

8- Doença

9- Somente atestado de saúde

10- Outros atendimentos preventivos (especifique) _____

7) Quantas vezes procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?

8) Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?

1- Farmácia

2- Posto ou centro de saúde

3- Consultório médico particular

4- Consultório odontológico

5- Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)

6- Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato

7- Ambulatório ou consultório de clínica

8- Pronto-socorro ou emergência

9- Hospital

10- Laboratório ou clínica para exames complementares

11- Atendimento domiciliar

12- Outro (especifique) _____

9) Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas últimas duas semanas, foi atendido (a)?

1-Sim (pule para a questão 15)

2-Não (siga para a questão 10)

10) Por que motivo não foi atendido (a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

1-Não conseguiu vaga ou senha

2-Não tinha médico atendendo

3-Não tinha dentista atendendo

4-Não tinha serviço ou profissional especializado

5-O serviço ou equipamento não estava funcionando

6-Não podia pagar

7-Esperou muito e desistiu

8-Outro motivo (especifique) _____

11) Nas duas últimas semanas, voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?.....

1-Sim (siga para a questão 12)

2-Não (pule para a questão 22)

12) Onde procurou o último atendimento de saúde e por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?.....

1- Farmácia

2-Posto ou centro de saúde

3-Consultório médico particular

4-Consultório odontológico

5-Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)

6-Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato

7-Ambulatório ou consultório de clínica

8-Pronto-socorro ou emergência

9-Hospital

10-Laboratório ou clínica para exames complementares

11-Atendimento domiciliar

12-Outro (especifique) _____

13) Nesta última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?.....

1-Sim (pule para a questão 15)

2-Não (siga para a questão 14).

14) Porque motivo não foi atendido (a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?.....

1-Não conseguiu vaga ou senha

2-Não tinha médico atendendo

3-Não tinha dentista atendendo

4-Não tinha serviço ou profissional especializado

5-O serviço ou equipamento não estava funcionando

6-Não podia pagar

7-Esperou muito e desistiu

8-Outro motivo (especifique) _____

15) Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?.....

1-Consulta médica

2-Consulta odontológica

3-Atendimento de agente comunitário de saúde ou de parteira

4-Consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)

5-Atendimento de farmácia

6-Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia

7-Vacinação, injeção, curativo, medicação de pressão ou outro atendimento

8-Cirurgia em ambulatório

9-Gesso ou imobilização

10-Internação hospitalar

11-Exames complementares

12- Outro atendimento (especifique)

13-Somente marcação de consulta (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)

16) Este serviço de saúde onde foi atendido era:.....

1-Público

2-Particular

3-Não sabe

17)Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?.....

1-Sim

2-Não

18)Pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?.....

1-Sim

2-Não

19)Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?.....

1-Sim

2-Não

3-Não sabe

20)Considera que o atendimento de saúde recebido foi:

1-Muito bom

2-Bom

3-Regular

4-Ruim

5-Muito ruim

21ª)Neste atendimento de saúde foi receitado algum medicamento?.....

1-Sim (siga para a questão 21b)

2-Não (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)

21b)Neste atendimento de saúde, recebeu gratuitamente os medicamentos receitados?.....

1-Todos os medicamentos – (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)

2-Parte dos medicamentos } (siga para a questão a 21c)

3-Nenhum dos medicamentos

21c)Dos medicamentos receitados que não recebeu gratuitamente, comprou:

.....

1-Todos os medicamentos – (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)

2-Parte dos medicamentos } (siga para a questão 21d)

3-Nenhum dos medicamentos

21d)Qual o principal motivo de não ter comprado todos os medicamentos?.....

1-Não tinha dinheiro

2-Não encontrou o medicamento na farmácia

3-Não tinha farmácia próxima

4-Recebeu de um amigo, parente ou entidade filantrópica

5-Tinha os medicamentos em casa

6-Não achou que todos os medicamentos eram necessários

7-Começou a sentir-se melhor

8-Outro motivo (especifique) _____

22)Nas duas últimas semanas, porque motivo não procurou o serviço de saúde?.....

1-Não houve necessidade

2-Não tinha dinheiro

3-O local de atendimento era distante ou de difícil acesso

4-Dificuldade de transporte

5-Horário incompatível

6-O atendimento é muito demorado

7-O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades

8-Achou que não tinha direito

9-Não tinha quem o (a) acompanhasse

10-Não gostava dos profissionais do estabelecimento

11-Greve nos serviços de saúde

12-Outro motivo (especifique) _____

ANEXO C – Escala de depressão geriátrica abreviada

Para cada questão abaixo assinale no campo Não ou Sim. Em Total coloque a pontuação final obtida pelo idoso.

	Questões	Não	Sim
1.	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2.	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3.	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4.	Você se aborrece com frequência?	0	1
5.	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6.	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7.	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8.	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9.	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10.	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11.	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12.	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13.	Você se sente cheio de energia?	1	0
14.	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15.	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

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

16) Presença de indicativo de depressão:.....

(1) Sim

(2) Não

ANEXO D - Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)

Instrução: Segue a lista de questões sobre seu hábito de beber no passado ou no presente. Por favor, responda SIM ou NÃO para cada questão.		
Quando você terminar de responder a questão, por favor, some quantos “Sim” você respondeu e coloque no espaço abaixo.	Sim	Não
1. Após beber você percebe um aumento no batimento do coração ou bateadeira no peito?	1	0
2. Quando você conversa com outras pessoas, alguma vez disseram que bebe menos que realmente bebe?	1	0
3. O álcool deixa você tão sonolento(a) a ponto de adormecer enquanto está sentado(a)?	1	0
4. Depois de você beber um pouco, alguma vez você ficou sem comer ou pulou alguma refeição por não sentir fome?	1	0
5. Beber um pouco, ajuda a reduzir os tremores (que acontecem quando você fica sem beber algum tempo)?	1	0
6. Alguma vez o álcool te impediu de lembrar alguma coisa que você fez durante o dia ou a noite?	1	0
7. Você coloca regras de que não vai beber em algum período do dia?	1	0
8. Você perdeu o interesse em passatempos ou atividades de que você costumava fazer?	1	0
9. Quando você acorda de manhã, tem dificuldade de lembrar o que aconteceu na noite anterior?	1	0
10. Beber ajuda a você dormir?	1	0
11. Você esconde garrafas de bebidas alcoólicas da sua família?	1	0
12. Depois de uma festa, você se sente envergonhado(a) porque bebeu demais?	1	0
13. Você tem ficado preocupado(a) de que beber seja prejudicial a saúde?	1	0
14. Você gosta de terminar a noite bebendo?	1	0
15. Você acha que aumentou o consumo da bebida depois que alguém próximo a você morreu?	1	0
16. Em geral, você prefere beber em casa a sair encontrar pessoas?	1	0

17. Você está bebendo mais agora do que você costumava a beber no passado?	1	0
18. Você geralmente bebe para relaxar ou “acalmar os nervos”?	1	0
19. Você bebe para esquecer dos problemas?	1	0
20. Você alguma vez já aumentou o consumo de bebidas alcoólicas após ter sofrido uma perda na sua vida?	1	0
21. Você às vezes dirige depois de ter bebido bastante?	1	0
22. Alguma vez, o médico ou uma enfermeira demonstrou preocupação com o seu consumo de bebidas alcoólicas?	1	0
23. Alguma vez estabeleceu regras para controlar seu consumo de bebidas alcoólicas?	1	0
24. Quando você se sente sozinho(a), tomar uma bebida alcoólica te ajuda?	1	0
TOTAL DE RESPOSTAS ‘SIM’		

Considere: A soma total de pontos ≥ 5 relaciona-se a provável abuso ou dependência de álcool.

25) Provável abuso ou dependência de álcool:.....

(1) Sim

(2) Não

**ANEXO E – Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment
Questionnaire (BOMFAQ)**

1) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

1- Péssima 2- Má 3- Regular 4- Boa 5- Ótima 99- Ignorado

2) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o Sr (a) diria que sua saúde está:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

3) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

4) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

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 * <u>aplicar QAD</u>	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 benignos	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99
Z) Depressão	1	2	99
Outras	1	2	99

	1	2	99
	1	2	99

5) Número de doenças.....

*Para a pesquisa foi utilizado somente o item das morbidades.