

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente

Luiz Henrique Batista Monteiro

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS NA
POPULAÇÃO IDOSA DE UMA CIDADE POLO NO VALE DO JEQUITINHONHA**

Diamantina

2019

Luiz Henrique Batista Monteiro

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS NA
POPULAÇÃO IDOSA DE UMA CIDADE POLO NO VALE DO JEQUITINHONHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Renata Aline de Andrade

Diamantina

2019

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M775p

Monteiro, Luiz Henrique Batista

Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na população idosa de uma cidade polo no Vale do Jequitinhonha / Luiz Henrique Batista Monteiro, 2019.

168 p. : il.

Orientadora: Renata Aline de Andrade

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Depressão. 3. Envelhecimento. 4. Idoso. 5. Saúde do idoso. I. Andrade, Renata Aline de. II. Título. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 616

LUIZ HENRIQUE BATISTA MONTEIRO

Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na população idosa de uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha

Dissertação apresentada ao
MESTRADO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E AMBIENTE, nível de
MESTRADO como parte dos requisitos
para obtenção do título de MESTRE
EM SAÚDE, SOCIEDADE E
AMBIENTE

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Renata Aline
De Andrade

Data da aprovação : 09/07/2019



Prof.Dr.^a RENATA ALINE DE ANDRADE - UFVJM



Prof.Dr.^a ROSANA PASSOS CAMBRAIA - UFVJM



Prof.Dr.^a FLÁVIA GONÇALVES DA SILVA - UFVJM



Prof.Dr.^a MELISSA MONTEIRO GUIMARAES - UFVJM

DIAMANTINA

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos e graças alcançadas em minha vida. Agradeço também aos meus pais, José Aparecido (*in memoriam*) e Simone por terem me proporcionado o dom da vida. De modo especial, agradeço imensamente a minha mãe, por ter sido meu alicerce ao longo dos anos, e principalmente por ter compreendido os momentos em que estive ausente.

A todos os meus familiares (irmãos, avós, sobrinhos, tios e primos) que apesar da distância, sempre desejaram o meu sucesso e me apoiaram para alcançar os meus objetivos. De forma particular, exponho meus sinceros agradecimentos ao meu irmão Pe. Antônio Marcos, por ouvir minhas lamúrias, e pelo incentivo em avançar nos meus estudos. Meus sinceros agradecimentos são destinados a Tárík, que sempre esteve do meu lado, me acalmando nos momentos de desespero, acreditando na minha vitória, e me ajudando com a formatação dos trabalhos do mestrado.

Ao estimado Paulo Filipe de Mello, que foi o mentor do projeto de pesquisa que originou este trabalho. Muito obrigado, pela sua amizade, e por ter confiado a mim, o estudo que sempre almejou realizar.

A minha orientadora Profa Dra Renata Aline de Andrade, que consentiu em me orientar, e oportunizou a concretização desta pesquisa. Ela me conduziu de modo generoso com sua doçura, inteligência, paciência, humildade e incentivo, me proporcionou novos conhecimentos.

A banca examinadora, formada pelas professoras doutoras: Flávia Gonçalves da Silva, Melissa Monteiro Guimarães, Rosana Passos Cambraia e Magnania Cristiane Pereira Costa, que instantaneamente concordaram em participar e colaborar na construção da minha formação.

Meus agradecimentos são destinados aos amigos que conquistei durante o mestrado, e também aos que conquistei após mudar para Diamantina (não vou citar nomes para não esquecer de ninguém).

Agradeço ao secretário municipal de saúde, as enfermeiras das Estratégias Saúde da Família e aos Agentes Comunitários de Saúde pelo apoio para realização deste estudo. Agradeço ainda aos idosos participantes, pelo tempo depositado para receber os pesquisadores de campo e para responder aos questionários. Sem a participação destes, este estudo não teria se realizado.

Ao Juscelino Kubitschek de Oliveira (*in memoriam*) pela criação da Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina (FAFEOD). Agradeço ainda ao Luiz Inácio Lula da

Silva, que em 2005 transformou a FAFEOD em Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Talvez a UFVJM até o momento, não seja reconhecida em âmbito nacional como universidade de ponta, mas é importante destacar a importância desta instituição para os vales, e às mudanças provocadas nas vidas dos moradores destas regiões.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente (PPGSaSA) sob a atual Coordenação da Profa. Dra Silvia Regina Paes e do Prof. Dr Marivaldo Aparecido de Carvalho. Estendo o meu agradecimento às coordenações anteriores do PPGSaSA que não mediram esforços para a consolidação do programa.

Por fim, meus agradecimentos destinam-se à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) pela gestão dos programas de pós-graduação da UFVJM. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela taxa de bancada destinada ao PPGSaSA e também à Fundação Diamantinense de Apoio à Pesquisa (FUNDAEPE) pela administração dos respectivos recursos financeiros.

EPÍGRAFE

Na depressão, o existir é um fardo insuportável (VARELLA, 2006, p. 224).

RESUMO

A depressão é frequente, especialmente entre os idosos. Nessa população, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais prevalentes e que elevam a probabilidade de desenvolvimento de incapacidade funcional, afetam a qualidade de vida, aumentam os gastos financeiros, sobrecarregam os serviços públicos e podem levar ao suicídio. A identificação da prevalência de sintomas depressivos em idosos e dos fatores associados contribui para o conhecimento da situação de tal problema de saúde pública e, conseqüentemente, o diagnóstico precoce e a elaboração de estratégias para abordagem da depressão em idosos. Neste sentido, objetivaram-se conhecer o perfil dos trabalhos científicos e avaliar o uso da Escala de Depressão Geriátrica no rastreamento de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade, bem como os fatores de riscos associados a estes sintomas, a partir de uma revisão integrativa. Ainda, objetivou-se estimar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados em idosos, por meio de estudo original. Para a revisão bibliográfica, realizou-se busca nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Foram selecionados 12 artigos, que utilizaram a versão abreviada da Escala de Depressão Geriátrica para o rastreio de sintomatologia depressiva na população idosa e apontaram os principais fatores de riscos associados a esse evento. No estudo de corte transversal com amostra de 313 idosos, cuja variável dependente era “presença de sintomas depressivos”, na análise estatística, aplicou-se a regressão de Pearson, para teste das variáveis. A prevalência de sintomas depressivos verificada foi de 21,2%, com associação com as variáveis sexo feminino, autopercepção da saúde regular/ ruim/ muito ruim, uso de bebida alcoólica na vida, sentir-se triste ou só, e moderada/elevada disfuncionalidade familiar. A Escala de Depressão Geriátrica mostrou-se um instrumento empregado em larga escala para avaliação da presença de sintomas depressivos em idosos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Além disto, este estudo revelou prevalência de sintomas depressivos e fatores associados semelhantes aos de outras investigações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Depressão. Envelhecimento. Idoso. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Depression is frequent, especially among the elderly. In this population, depression is among the most prevalent chronic diseases that increase the likelihood of developing functional disability, affect quality of life, increase financial spending, overburden public services and can lead to suicide. The identification of the prevalence of depressive symptoms in the elderly and associated factors contributes to the knowledge of the situation of such a public health problem and, consequently, the early diagnosis and development of strategies to address depression in the elderly. In this sense, the objective was to know the profile of the scientific studies and to evaluate the use of the Geriatric Depression Scale to track depressive symptoms in community-dwelling elderly, as well as the risk factors associated with these symptoms, based on an integrative review. . The objective of this study was to estimate the prevalence of depressive symptoms and associated factors in the elderly, through an original study. For the literature review, we searched the databases Scientific Electronic Library Online and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature. Twelve articles were selected that used the abbreviated version of the Geriatric Depression Scale to screen for depressive symptoms in the elderly population and pointed out the main risk factors associated with this event. In the cross-sectional study with a sample of 313 elderly, whose dependent variable was “presence of depressive symptoms”, the statistical analysis used Pearson's regression to test the variables. The prevalence of depressive symptoms was 21.2%, associated with the variables female gender, self-perception of regular / bad / very bad health, use of alcohol in life, feeling sad or lonely, and moderate / high family dysfunctionality. The Geriatric Depression Scale proved to be a large-scale instrument for assessing the presence of depressive symptoms in the elderly in Primary Health Care. In addition, this study revealed a prevalence of depressive symptoms and associated factors similar to those of other investigations.

Keywords: Aging. Depression. Health old man. Old man. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos da amostra, 2013-2017.	34
Figura 2 - Prevalência das respostas “sim” e “não” das questões da Escala de Depressão Geriátrica, Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019..	64

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Síntese dos artigos que utilizaram a EDG-15, 2013-2017.	35
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos não institucionalizados. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.	59
Tabela 2 - Caracterização do diagnóstico de comorbidades em algum momento da vida, segundo relatos dos participantes. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.	60
Tabela 3 - Prevalência de sintomas depressivos em idosos e fatores associados. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.	62

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DP – Desvio padrão
EDG – Escala de Depressão Geriátrica
ESF – Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB – e-SUS Atenção Básica
GDS – *Geriatric Depression Scale*
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IC – Intervalo de Confiança
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
IC – Insuficiência Cardíaca
MEEM – Mini Exame do Estado Mental.
OMS – Organização Mundial da Saúde
OR – *Odds ratio*
PIVIC – Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
PPGSaSA – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente
QV – Qualidade de Vida
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RI – Revisão Integrativa
SM – Salário Mínimo
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM – Trabalho de Conclusão de Mestrado
UFG – Universidade Federal de Goiás
UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
REFERÊNCIAS	25
CAPÍTULO 1 - USO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma revisão integrativa	29
RESUMO	29
ABSTRACT	29
1 INTRODUÇÃO	31
2 MÉTODOS	33
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
CAPÍTULO 2 - RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS	51
RESUMO	51
ABSTRACT	51
1 INTRODUÇÃO	53
2 MÉTODOS	55
3 RESULTADOS	59
4 DISCUSSÃO	65
5 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

APÊNDICES..... 77

ANEXOS..... 103

1 INTRODUÇÃO

Sou graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG, 2016); durante a graduação estive vinculado ao Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC) 2014/2015 e 2015/2016. No período universitário, participei de alguns projetos de pesquisa, trabalhando como pesquisador de campo, digitação/alimentação de banco de dados, análise de banco de dados, escrita científica e submissão dos produtos, todos com temas voltados para saúde mental e saúde do idoso. Fui extensionista em atividades envolvendo idosos de instituição de longa permanência, com auxílio na manutenção e alimentação do prontuário do morador, um fato inovador no Sudeste Goiano.

O interesse pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente (PPGSaSA) se deu a partir da minha vontade de continuar o meu processo de formação e capacitação para realização de investigações dos problemas de saúde, na sociedade e no ambiente, e seus determinantes, bem como a implantação de intervenções factíveis para as problemáticas encontradas. A escolha da temática central vinculou-se a experiência prévia, em relação à saúde mental e a assistência ao idoso. O público alvo da pesquisa de mestrado foi o idoso, em face à transição demográfica e epidemiológica. Logo, é demandado que os profissionais estejam habilitados para prestarem assistência qualificada, direcionada e humanizada a estes indivíduos.

O envelhecimento da população é uma realidade constante, estima-se que em 2050 existirão mais idosos que crianças e adolescentes menores de 15 anos no âmbito mundial, alcançando dois bilhões de pessoas idosas. Esta população envelhecida será composta em sua maior parte por mulheres, e indivíduos que vivem em países em desenvolvimento econômico (WHO, 2015). O aumento da população idosa, sobretudo no Brasil, impacta diretamente no sistema de saúde (CIOSAK *et al.*, 2011; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

No Brasil, são considerados idosos, as pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais (BRASIL, 2003). Sendo que, existem dois parâmetros para classificação do envelhecimento: o critério demográfico e o individual. O primeiro relaciona-se com a idade, o “velho jovem” até 79 anos e o “velho-velho” idosos com 80 anos ou mais. Já o individual, diz respeito à genética, à personalidade e a forma pela qual o indivíduo leva a vida. Nesse sentido, é indispensável destacar que existem idosos jovens com alta taxa de dependência funcional e idosos longevos que são independentes e saudáveis (MINAYO; FIRMO, 2019).

Nesse entendimento, o envelhecimento configura-se um processo natural e irreversível, relacionado aos fatores biopsicossociais, econômicos e políticos (CIOSAK *et al.*, 2011; WHO, 2015). No campo do envelhecimento, é necessário diferenciar a senilidade da senescência. A senilidade refere-se ao envelhecimento patológico oriundo de estresse emocional, acidentes ou doenças. Já a senescência compreende o envelhecimento natural, que ocorre pela diminuição da reserva funcional (BRASIL, 2007). Em razão do envelhecimento ser reconhecido sob a ótica de perdas, muitas habilidades e capacidades dos idosos, são desconhecidas e alguns ganhos não são abonados (FERREIRA *et al.*, 2010). Portanto, é necessário compreender o envelhecimento num processo que envolva o indivíduo, a família e a sociedade (CAMPOS *et al.*, 2017).

Logo, é preciso destacar os aspectos positivos do envelhecimento. É necessário conceber este, não apenas como sinônimo de doenças, incapacidades e perdas. Mas sobretudo, considerar esta fase da vida como uma oportunidade para adquirir novas conquistas e seguir no desenvolvimento biopsicossocial (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). O ato de envelhecer é um privilégio, sendo assim, é indispensável reconhecer as experiências e os saberes da população idosa (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; FERREIRA *et al.*, 2010). Nesta perspectiva, muitos idosos expressam o desejo de serem felizes, visto que, sentem-se donos do seu tempo, não têm horários rígidos e fixos, além de expressarem que há muitos sonhos a realizarem (DATILO *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a concepção do envelhecimento necessita urgentemente extrapolar a sua visão somente em decorrência dos eventos naturais e biológicos. Precisa ser compreendido que este é influenciado pela cultura e pelo meio que o indivíduo vive. É imprescindível a educação para a velhice, com vista a propiciar a idealização social para a representação positiva do envelhecimento (FERREIRA *et al.*, 2010).

Quanto ao objeto deste trabalho, o termo depressão é constantemente utilizado de forma banalizada. Sentimentos de tristeza ou infelicidade são esperados em situações que envolva perdas, separações, insucessos ou infelicidade, portanto é um estado emocional não-patogênico. Deve-se presumir a presença de depressão quando são observados ou explanados os seguintes sentimentos: humor deprimido, baixa energia, perda do interesse, inibição psicomotora, falta de esperança (PEREIRA; VIANNA, 2009). Pode ser observado ainda, perda do apetite e peso, insônia, expressão de inutilidade ou até mesmo culpa, dificuldades para a tomada de decisões e concentração (APA, 2014) além da ideação suicida (PEREIRA; VIANA, 2009; APA, 2014). Os transtornos depressivos maior é determinado por determinado pela

ocorrência e identificação de sinais e sintomas com o início de aproximadamente duas semanas e de modo recorrente (APA, 2014).

No tocante às questões relacionadas ao setor de saúde, sobretudo no que tange as questões de saúde e os sintomas depressivos, observa-se elevação do quantitativo das condições e agravos crônicos não transmissíveis e doenças incapacitantes (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), às perdas cognitivas, prejuízo e declínio sensorial (HAMILTON *et al.*, 2014; KAUP *et al.*, 2016; SANDERS *et al.*, 2016), incapacidade funcional (CHAO, 2014; BOSTROM *et al.*, 2014) e isolamento social (ROH *et al.*, 2015; AHN; KIM; ZHANG, 2016). Essas condições são características de uma população envelhecida, e que acrescentam elementos à vulnerabilidade dessa população.

A pesquisa referente a este Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) foi realizada no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município polo do Vale do Jequitinhonha. A Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da Declaração de Alma-Ata, definiu que a APS é assistência elementar à saúde fundamentada em tecnologias e métodos práticos, por intermédio da comprovação científica e aceitos socialmente (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Neste sentido, a APS é descrita como agrupamento de valores (solidariedade e equidade e direito à saúde), pelos princípios (participação social, sustentabilidade, responsabilidade governamental, intersetorialidade, dentre outros), e pelo conjunto estruturante da rede de serviços de saúde (integralidade, primeiro contato, longitudinalidade, competência cultural, coordenação e orientação familiar e comunitária) (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; OPAS, 2011).

A APS é incumbida de realizar ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e reabilitação da saúde. Constitui-se a “porta de entrada” do sistema de saúde, coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), logo é a principal via de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). As atividades realizadas neste cenário aproximam da realidade vivenciada pelos trabalhadores de saúde, que exercem suas funções empregatícias no SUS e incentivam a criação e implementação de estratégias adequadas para a realidade e necessidade da população.

Em virtude da transição demográfica e epidemiológica, o público alvo desta pesquisa foram os idosos, especificamente aqueles que viviam na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e que eram cadastrados nas ESF. Nessa lógica, a investigação, foi substancial para a identificação dos casos de sintomas depressivos em idosos e verificação do seu padrão de ocorrência.

A depressão interfere negativamente na Qualidade de Vida (QV), principalmente da população idosa (KOCH *et al.*, 2013; TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014; ASCEF *et al.*, 2017; AMARAL *et al.*, 2018). Neste ínterim, é substancial que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento para a identificação e diferenciação da sintomatologia depressiva, e fatores associados à sua presença. É primordial acentuar que em geral, os trabalhadores da área da saúde, concebem a sintomatologia depressiva como aparecimentos habituais do envelhecimento, ou os confundem com tristeza, ansiedade e manifestações comuns dos distúrbios de bases pré-existentes. À vista disso a utilização sistemática das escalas de depressão na população idosa pode coadjuvar a detecção precoce dos casos (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

Tal reconhecimento é determinante, visto que auxilia na formulação, implementação e aplicação de políticas públicas de saúde focalizadas à saúde do idoso. Nesse seguimento, é importante realçar que os participantes da pesquisa identificados com sintomas depressivos receberam encaminhamentos para atendimentos na unidade de saúde da sua área de abrangência, por meio de formulário próprio, confeccionado para esta pesquisa no momento da aplicação do questionário. Sendo este, o fato inovador em relação as outras investigações com a mesma temática.

A presente investigação está alicerçada na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério de Saúde do Brasil. A pesquisa contempla as seguintes agendas de pesquisa: saúde mental e saúde do idoso. Na primeira agenda tem-se as seguintes subagendas: magnitude, dinâmica e compreensão dos agravos em saúde mental. E na outra agenda: magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde do idoso; compreensão dos mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2015).

Este TCM relacionou-se diretamente ao PPGSaSA da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Sendo que o mesmo encontra-se na linha de pesquisa “Promoção da saúde, prevenção e controle de doenças”. O PPGSaSA é um programa da área interdisciplinar. Pelos aprendizados em sala de aula, a interdisciplinaridade é compreendida pela integração de diferentes saberes e conhecimentos, que são empregados para amplificar, qualificar e melhorar o ensino-aprendizagem. É indispensável enfatizar que há pluralidade referente ao seu conceito.

Segundo Japiassu (1976) a interdisciplinaridade configura-se em razão da intensificação das trocas de saberes entre os especialistas e as disciplinas circunscritas em um mesmo projeto. Para Fazenda (2008) a interdisciplinaridade no campo da formação profissional carece de competências concernentes às ações de intervenções e às condições propícias para o

desempenho de um melhor trabalho. Assim sendo, a progressão destas competências imprescindíveis necessita da fusão de distintos saberes disciplinares.

Este TMC está subdividido em capítulos: O primeiro refere-se a revisão integrativa de literatura que objetivou conhecer o perfil dos trabalhos científicos e avaliar o uso da Escala de Depressão Geriátrica-15 no rastreamento de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade, e os fatores de riscos associados a estes sintomas. Esta produção, foi publicada no periódico “Enciclopédia Biosfera” *Qualis* B3 na área interdisciplinar. Portanto, este será o referencial teórico deste TMC. E o segundo capítulo apresenta a prevalência de sintomas depressivos e dos fatores associados na população idosa participante do estudo. Este será submetido no periódico “Ciência & Saúde Coletiva” *Qualis* B1 na área interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- AHN, S.; KIM, S.; ZHANG, H. Changes in depressive symptoms among older adults with multiple chronic conditions: role of positive and negative social support. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 16, p. 1-11, 2016.
- AMARAL, T. L. M. *et al.* Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.9, p. 3077-3084, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos depressivos. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: NASCIMENTO, M. I. C. *et al.* Revisão Técnica: CORDIOLI, A. V. *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 155- 188.
- ASCEF, B. O. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da Atenção Primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2:2, p. 1-13, 2017.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68p.
- BOSTROM, G. *et al.* Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. **Clinical Interventions in Aging**, v. 9, p. 249–257, 2014.
- CAMPOS, A. C. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 358-358, 2017
- CHAO, S. F. Functional disability and depressive symptoms: longitudinal effects of activity restriction, perceived stress, and social support. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 6, p. 767–776, 2014.
- CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, 2011.
- DATILO, G. M. P. A. *et al.* Envelhecimento e ser idoso : Representações de idosos que frequentam a Universidade Aberta da Terceira Idade Unati- Marília. In: DATILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 45-68.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata;USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

FAZENDA, I. Interdisciplinaridade-transdisciplinaridade: visões culturais e epistemológicas. In: FAZENDA, I. **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008. p. 17-28.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, set./dez. 2010.

HAMILTON, J. L. *et al.* Relationship between depressive symptoms and cognition in older, non-demented African Americans. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 20, p. 756-763, 2014.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1976. 220 p.

KAUP, A. R. *et al.* Trajectories of depressive symptoms in older adults and risk of dementia. **JAMA Psychiatry – The Science of Mental Health and The Brain**, v. 73, n. 5, p. 525-531, may. 2016.

KOCH, R. F. *et al.* Depressão na percepção de idosas de grupos de convivência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5574-5582, set. 2013.

MINAYO, M. C. S.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; 2011.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. Atenção em saúde mental – o cuidado e a clínica. In: PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed,2009. p. 29-48.

ROH, H. W. *et al.* Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. **PLoS ONE**, v.10, n.7, p. 1-13, 2015.

SANDERS, J. B. *et al.* Gait speed and the natural course of depressive symptoms in late life; an independent association with chronicity? **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, p. 331-335, 2016.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S, S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 450-456, mai./jun. 2014.

VARELLA, D. **Borboleta da alma**. Org. GUIMARAES, M. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. 387 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**, 2015. 246p.

CAPÍTULO 1 - USO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil dos trabalhos científicos e avaliar o uso da EDG-15 no rastreamento de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade, e os fatores de riscos associados a estes sintomas. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases LILACS e SciELO utilizando os seguintes descritores: 'atenção primária à saúde', 'depressão', 'envelhecimento', 'idosos'. Considerou-se o período de 2013 a 2017 para a seleção dos artigos publicados em português, espanhol ou inglês. Foi realizada busca manual (*hand search*) nos artigos selecionados. **Resultados:** Doze artigos atenderam aos critérios de inclusão, destes, 5 (41,7%) foram selecionados na base LILACS e 7 (58,8%) no SciELO. E a prevalência de sintomas depressivos encontrada nesta revisão variou de 18,0% a 88,8%. Destacaram-se como fatores de riscos para a presença de sintomas depressivos as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e avaliação negativa do estado de saúde. **Considerações finais:** O tema desta revisão é de suma importância, porém existe escassez de produção científica. Contudo, assim, a Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento empregado em larga escala para avaliação da presença de sintomas depressivos na APS. Presume-se que este trabalho poderá subsidiar decisões a respeito do investimento público, visando o fortalecimento da APS, com ênfase na saúde mental da população idosa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Depressão. Idoso.

ABSTRACT

Objective: To know the profile of the scientific work and to evaluate the use of EDG-15 in the screening of depressive symptoms in elderly people living in the community, and the risk factors associated with these symptoms. **Method:** Integrative literature review in the LILACS and SciELO databases using the following descriptors: 'primary health care', 'depression', 'aging', 'elderly'. It was considered the period from 2013 to 2017 for the selection of articles published in Portuguese, Spanish or English. Hand search was performed on selected articles. **Results:** Twelve articles met the inclusion criteria, of which, 5 (41.7%) were selected in the LILACS database and 7 (58.8%) in the SciELO. And the prevalence of depressive symptoms found in this review ranged from 18.0% to 88.8%. The sociodemographic variables, health conditions, life habits and negative evaluation of health status were highlighted as risk factors for the presence of depressive symptoms. **Final considerations:** The theme of this review is of great importance, but there is a shortage of scientific production. However, Geriatric Depression Scale is a widely used instrument for assessing the presence of depressive symptoms in PHC. It is assumed that this work may subsidize decisions regarding public investment, aiming to strengthen PHC, with an emphasis on the mental health of the elderly population.

Keywords: Aged. Depression. Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a depressão seja responsável por 4,3% da carga global de doenças em nível mundial (WHO, 2013). Além disto, é considerada como a principal causa de incapacidade no mundo, associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade e agravos crônicos não transmissíveis (WHO, 2012; SILVA *et al.*, 2014; FENG *et al.*, 2014). Estudos internacionais indicam que a prevalência de depressão em idosos residentes em comunidades oscila de 16,5% a 38,0% (KANG; BASHAM; KIM, 2013; FENG *et al.*, 2014; KAUP *et al.*, 2016; SANDERS *et al.*, 2016).

Em relação a depressão geriátrica, esta configura-se como o transtorno mental mais frequente entre os idosos. Entre estes a depressão pode potencializar a probabilidade para o aparecimento e evolução de incapacidades funcionais, compromete a qualidade de vida, eleva os gastos orçamentários dos serviços públicos, além de caracterizar fator de risco para a ideação suicida, e conseqüentemente as tentativas e o suicídio consumado (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013; WHO, 2015; JUNG *et al.*, 2017). Neste seguimento, o uso de escalas reconhecidas mundialmente colabora para a detecção dos casos de depressão geriátrica, posto que são de fácil e rápida aplicação, simples compreensão, e baixo custo operacional (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2010; NOGUEIRA *et al.*, 2014; BRETANHA *et al.*, 2015).

Internacionalmente e no Brasil, uma das escalas utilizadas para avaliação de sintomas depressivos em populações idosas é a “*Geriatric Depression Scale*” (GDS), criada por Yesavage em 1983, inicialmente com 30 itens que correlacionam o diagnóstico depressivo. Esta escala foi traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por Almeida e Almeida (1999), sendo utilizadas as versões de 30 (REBELLO *et al.*, 2011), de 10 itens (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, *et al.*, 2016) e a versão de 15 itens. Vale salientar que esta última é a mais utilizada, e em diferentes contextos clínicos (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014; TAVARES *et al.*, 2016; COHEN; PASKULIN; PRIEB, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2017; GUTHS *et al.*, 2017; MELO *et al.*, 2017; CONFORTIN *et al.*, 2017; FLUETTI *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018).

É fundamental notabilizar que são poucas as evidências acerca da identificação da depressão geriátrica mediante as ações dos profissionais de saúde. Reconhece-se que estes sintomas não são detectados efetivamente, e assim sendo não são tratados (LIMA; SILVA; RAMOS, 2009; HOFFMANN *et al.*, 2010). Nesse sentido, esta revisão de literatura objetivou conhecer o perfil dos trabalhos científicos e avaliar o uso da EDG-15 no rastreamento de

sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade, e os fatores de riscos associados a estes sintomas.

2 MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RI). A RI é uma metodologia de pesquisa que objetiva analisar e sistematizar as publicações científicas relacionadas a determinado tema. A RI consiste na associação e seguimento das seis etapas elencadas a seguir: identificação do tema, seleção da questão norteadora, delineamento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos científicos a serem analisados, determinação das informações que são extraídas da produção científica selecionada, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação dos resultados oriundos da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). Nesse sentido, a RI é uma importante ferramenta utilizada na área da saúde, uma vez que tem a finalidade de sintetizar estudos científicos a respeito de determinado tema e direcionar a prática embasada no conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

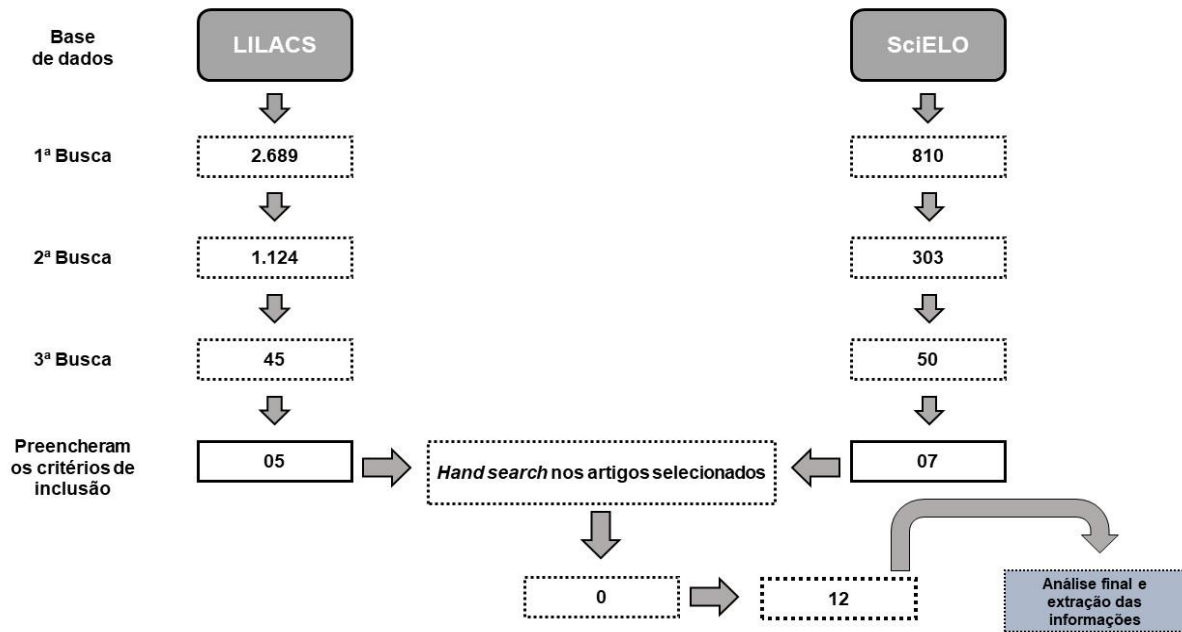
Foram incluídos artigos científicos publicados na íntegra e originais, oriundos de pesquisas científicas desenvolvidas no Brasil, que utilizaram a EDG-15 para a triagem de sintomas depressivos entre idosos. O período entre os anos de 2013 a 2017 foi delimitado para a seleção dos artigos publicados em português, espanhol ou inglês. Os estudos obrigatoriamente deveriam versar acerca do objetivo de investigar a presença de sintomas depressivos entre idosos que vivem na comunidade, por meio da aplicação da EDG-15. Os estudos repetidos foram excluídos.

Após a leitura dos artigos as informações de interesse foram extraídas, fundamentadas em um instrumento validado (URSI; GALVAO, 2006). As informações extraídas relacionam-se a autoria, título do artigo, base de dados, delineamento do estudo, síntese dos resultados e das conclusões.

Para a busca da produção científica selecionaram-se os descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para indexação dos estudos: “envelhecimento”, “depressão”, “idosos”, “atenção primária a saúde”. As bases de dados utilizadas foram: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

No tocante a pesquisa dos artigos, foi realizada a busca manual (*hand search*), com o intuito de localizar nas referências selecionadas dos bancos de dados, artigos referenciados com o propósito de explorar outras produções científicas (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010). A seleção dos artigos foi concretizada entre os meses de março a junho de 2018, em conformidade à figura 1.

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos da amostra, 2013-2017.



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta RI compreende a análise de 12 artigos, em consonância aos critérios de inclusão e exclusão determinados pelos autores. Destes, 5 (41,7%) foram selecionados da LILACS e 7 (58,8%) da SciELO. A prevalência de sintomas depressivos na população idosa identificada neste estudo variou de 18,0% a 88,8%. O quadro 1 enumera os achados substanciais desta revisão.

Quadro 1 - Síntese dos artigos que utilizaram a EDG-15, 2013-2017.

Título	Autores	Ano/Cidade-UF/ Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Instrumentos	Resultados	Síntese das conclusões
Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde	MADEIRA <i>et al.</i>	2013/ São Luís-MA/ LILACS/ 66	Transversal/ EDG-15 e questionário sociodemográfico.	- 31,8% identificados com sintomas depressivos. 27,3% com sintomas leves e 4,5% com sintomas graves. - 50% dos idosos identificados com sintomas depressivos tinham 75 anos ou mais.	- Alta prevalência de sintomas depressivos em idosos que tinham Hipertensão Arterial e Diabetes <i>mellitus</i> .
Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos	SOUZA <i>et al.</i>	2013/ JEQUIÉ-BA/ LILACS/ 125	Transversal/ EDG-15 e questionários com questões sociodemográficas, patologias referidas e autopercepção do estado de saúde.	- 88,8% identificados com sintomas depressivos. - Mais propensos a sintomas depressivos, mulheres, idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, viver com companheiro, analfabetismo e presença de alguma patologia.	-Variáveis sociodemográficas e de saúde representaram fatores de risco para sintomatologia depressiva.
Depressão em idosos na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição para a atenção primária	MAGALHAES <i>et al.</i>	2016/ Teresina-PI/ LILACS/ 241	Transversal/ EDG-15 e questões sociodemográficas.	- 29,1% identificados com sintomas depressivos. Destes 26,6% com sintomas leves, e 2,5% sintomas graves. - Os sintomas foram mais prevalentes em mulheres, participantes com idade de 70 a 79 anos, idosos que viviam sem companheiro, inativos e analfabetos.	- Significativa prevalência de sintomas depressivos nos idosos participantes.

Título	Autores	Ano/Cidade-UF/ Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Instrumentos	Resultados	Síntese das conclusões
Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na atenção primária à saúde	HAJJAR <i>et al.</i>	2017/ Uberaba-MG/ LILACS/ 248	Transversal/ EDG-15/ Questionário sociodemográfico, condições de saúde e hábitos de vida.	- 32,7% identificados com sintomas depressivos. Sendo, 24,4% sintomas leves e 7,3% sintomas graves. - Fatores de risco: não praticar exercício físico, maior número de morbidades.	- Poucos idosos identificados com sintomas depressivos faziam uso de antidepressivo.
Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família	SOUSA <i>et al.</i>	2017/ Cajazeiras-PB/ LILACS/ 153	Transversal/ EDG-15/ Questionário sociodemográfico, condições de saúde e religião.	- 50,9% identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo femininos, divorciados, sem religião e com doença crônica.	A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos foi semelhante aos resultados de outros estudos.
Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: EpiFloripa	BORGES <i>et al.</i>	2013/ Florianópolis-SC/ SciELO/ 1656	Transversal/ EDG-15 e questionário estruturado (sociodemográficas, prática de religião, grupo de convivência, uso da internet e telefone, avaliação da saúde e dor) Miniexame do Estado Mental, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	- 23,9% identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: baixa escolaridade, situação econômica pior quando comparada aos 50 anos, déficit cognitivo, percepção de saúde regular e ruim, dependência funcional e dor crônica. - Fatores de proteção: Grupo etário de 70 a 79 anos, prática de atividade física e de lazer, participação em grupos de convivência e religiosos e vida sexual ativa.	O rastreamento de sintomas depressivos em idosos é imprescindível. É necessário a criação de políticas de atenção à saúde do idoso na cidade do estudo.

Título	Autores	Ano/Cidade-UF/ Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Instrumentos	Resultados	Síntese das conclusões
Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre.	NOGUEIRA <i>et al.</i>	2014/ Porto Alegre-RS/ SciELO/ 585	Transversal/ EDG-15 e questionário com perguntas sobre os dados sociodemográficos, religião e avaliação do estado de saúde.	- 30,6% foram identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo feminino, baixa escolaridade, sobretudo analfabetismo, autopercepção de saúde (regular e ruim/péssima).	É necessário melhorar o diagnóstico e identificação de depressão em idosos.
Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS	BRETANHA <i>et al.</i>	2015/Bagé-RS/ SciELO/ 1593	Transversal/ EDG-15 e questionários com informações sociodemográficas, presença de morbidades avaliação da saúde e Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	- 18,0% apresentaram sintomas depressivos. - Fatores de risco para sintomas depressivos: sexo feminino cor de pele não branca, baixo nível socioeconômico, aposentados, com histórico de problemas cardíacos, idosos com incapacidade e dependência funcional, avaliação regular e ruim/péssima da saúde. Fatores de proteção: aposentado pelo INSS.	A prevalência de sintomas depressivos na população idosa, impulsiona a criação de estratégias de promoção da saúde.
Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional.	RAMOS <i>et al.</i>	2015/ Montes Claros-MG/ SciELO/ 639	Transversal/ EDG-15 e questionário estruturado com questões sociodemográficas, estilo de vida, histórico de quedas, número de morbidades, presença de cuidados, avaliação da saúde e fragilidade.	- 27,5% identificados com sintomatologia depressiva. - Fatores de risco: viver sem companheiro, analfabetismo, avaliação negativa da saúde, uso de tabaco, alto risco de quedas e ser frágil	Prevalência de sintomatologia alta, e necessária melhoria na assistência ofertada aos idosos.
Depressão entre idoso: um estudo de base populacional no sul do Brasil	GULLICH; DURO; CESAR	2016/ Arroio Trinta-SC/ SciELO/ 544	Transversal/ EDG-15 e instrumento com questões sociodemográficas, hábitos de vida, prática religiosa, atividades de lazer, hospitalização e consultas médica.	- 20,4% identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo feminino, ser solteiro, baixa renda, ser fumante hospitalizações nos últimos 12 meses. - Fatores de proteção: participação em eventos religiosos e prática de atividade física (última semana).	A presença de sintomas depressivos em idosos é uma realidade. Os resultados são semelhantes a achados de investigações realizadas em grandes centros urbanos.

Título	Autores	Ano/Cidade-UF/ Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Instrumentos	Resultados	Síntese das conclusões
Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults	GALLI <i>et al.</i>	2016/ Veranópolis-RS/ SciELO/ 1012	Cross-cut/ GDS-15 Structured questionnaire (sociodemographic information, evaluation of health status, number of morbidities, number of consultations last month, participation in groups, work situation, interaction with friends, manual work, reading and practicing physical activities).	- 36.6% identified with depressive symptoms. - Risk factors: female sex, 75 years of age or older, low socioeconomic level, low educational level, higher number of consultations, morbidities and poor health evaluation. - Protective factors: work, physical activity, perform manual work, interest in reading and talking with friends.	Active aging is important for the mental health of the elderly.
Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos.	SILVA <i>et al.</i>	2017/ Porto Alegre-RS/ SciELO/1391	Transversal/ EDG-15 e questionário estruturado com questões sociodemográficas, diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis.	- Cerca de 21% foram identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo feminino, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico. - Fatores de proteção: escolaridade acima de 8 anos, ser viúvo e viver com companheiro.	Há uma possível relação entre depressão e doenças cardíacas e comprometimento encefálico. A escolaridade é um fator de proteção para sintomas depressivos.

De acordo com os critérios de inclusão, em relação ao ano de publicação dos estudos, 2013, 2016 e 2017, tiveram cada três (25%) de artigos analisados. O ano de 2014 teve um (8,3%) e em 2015 foram dois artigos. Evidenciou-se que os artigos analisados (58,3%) tinham como autor principal, ou coautores, profissionais de nível superior da área de enfermagem. Quanto ao idioma 11 (91,7%) foram publicados na língua portuguesa do Brasil e um artigo (8,3%) foi publicitado em inglês.

Em relação ao local de realização das pesquisas, 6 (50,0%) são advindas da região sul do Brasil, 4 (33,3%) da região nordeste e 2 (16,7%) foram realizados na região sudeste. Observa-se predominância de investigações desenvolvidas no sul e sudeste com 8 (66,7%) artigos. Isso se dá em razão de que a região sudeste ocupa o primeiro lugar nas produções científicas em todas as áreas de conhecimento, sobretudo da saúde seguida da região sul (SANTOS *et al.*, 2012; SIDONE; HADDAD; MENA-CHALCO, 2016).

No tocante ao delineamento do estudo, todos os artigos referem-se a pesquisas epidemiológicas, com abordagem transversal. O estudo transversal ou seccional constitui-se em uma estratégia de pesquisa epidemiológica identificada pela observação direta e planejada de determinada quantidade de indivíduos em um único momento (KLEIN; BLOCK, 2009).

A EDG-15, conforme demonstrado nesta RI, é usada em larga escala no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS). Em alguns estudos é evidenciada por esse instrumento, além da prevalência de sintomas depressivos, a diferenciação da prevalência de sintomas depressivos leves e graves. É relevante acentuar que idosos que apresentam pontuação na EDG-15 de zero a cinco apresentam ausência de sintomas depressivos. Já aqueles com pontuação na escala de seis a dez indicam sintomas depressivos leves, e pontuação igual ou superior a 11 pontos sinalizam para a presença de sintomas graves (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

De acordo com esta RI, existem fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos em idosos. Em relação aos fatores sociodemográficos destacam-se: sexo feminino (MADEIRA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013; NOGUEIRA *et al.*, 2014; BRETANHA *et al.*, 2015; RAMOS *et al.*, 2015; GALLI *et al.*, 2016; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; MAGALHAES *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017), viver sem companheiro (SOUZA *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2015; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; MAGALHAES *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2017), baixo nível socioeconômico (BORGES *et al.*, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; GALLI *et al.*, 2016), baixo nível educacional (principalmente analfabetismo) (SOUZA *et al.*, 2013; BORGES *et al.*, 2013; NOGUEIRA *et al.*, 2014; RAMOS *et al.*, 2015; GALLI *et al.*, 2016), não ter religião (RAMOS *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2017).

Ser do sexo feminino é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, em razão do isolamento social, arranjo familiar insatisfatório, sobrecarga das funções e pelas alterações hormonais (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; NOGUEIRA *et al.*, 2014; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; CHAN *et al.*, 2012; MAGALHÃES *et al.*, 2016).

A escolaridade foi reconhecida como fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas depressivos, visto que a mesma maximiza o enfrentamento da população frente aos eventos estressores (OLIVEIRA *et al.*, 2012; NOBREGA *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2016). Já o baixo nível socioeconômico é um fator de risco em consequência do obstáculo ao acesso à saúde, práticas de lazer e suporte social (BORGES *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2015). Ter religião constitui-se um fator protetor, visto que propicia aos indivíduos enfrentamento das adversidades e esperança para a melhoria da condição de saúde (REIS; MENEZES, 2017). O

fato de viver sem companheiro, foi considerado um fator de risco em virtude do fato de que estes indivíduos estarem mais propensos à solidão (OLIVEIRA *et al.*, 2012; AGUIAR *et al.*, 2014; LOPES *et al.*, 2015).

Na mesma ótica dos fatores de riscos, quanto aos hábitos de vida elencou-se: tabagismo (RAMOS *et al.*, 2015; GULLICH; DURO; CESAR, 2016) e não praticar exercício físico (MAGALHAES *et al.*, 2016; HAJJAR *et al.*, 2017). A nicotina altera o funcionamento no sistema neuroendócrino, favorecendo o aparecimento e desenvolvimento da psicopatologia (ZAITUNE *et al.*, 2012). A respeito da atividade física, a prática regular de exercício físico atenua o estresse, em virtude da ação das endorfinas. Estes hormônios minimizam o estresse ambiental, desta forma, restringem a manifestação e progressão da sintomatologia depressiva (FERREIRA *et al.*, 2014).

Com referência à condição de saúde, observou-se: avaliação negativa da saúde (BORGES *et al.*, 2013; NOGUEIRA *et al.*, 2014; BRETANHA *et al.*, 2015; RAMOS *et al.*, 2015; GALLI *et al.*, 2016), comorbidades (SOUZA *et al.*, 2013; GALLI *et al.*, 2016; HAJJAR *et al.*, 2017), presença de alguma doença crônica (SOUSA *et al.*, 2017; RAMOS *et al.*, 2015), Acidente Vascular Encefálico (AVE) (SILVA *et al.*, 2017) e doenças cardíacas (SILVA *et al.*, 2017), *déficit* cognitivo (BORGES *et al.*, 2013) incapacidade e dependência funcional (BORGES *et al.*, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015), medo e risco de quedas (RAMOS *et al.*, 2015) e ser frágil (RAMOS *et al.*, 2015).

A avaliação negativa da saúde constitui-se um fator de risco dado que o aparecimento de sintomas depressivos interfere negativamente na autoavaliação da saúde (RAMOS *et al.*, 2015; SALERNO *et al.*, 2015). Por outro lado, esta avaliação, pode ser considerada um sintoma (BORGES *et al.*, 2013). Nesta perspectiva, a depressão aumenta a evolução negativa das doenças crônicas e possui alta prevalência depois de um AVE. É responsável ainda por ampliar a incapacidade funcional, pela má qualidade de vida, além de aumentar a taxa de mortalidade (NICCOLI; PARTRIDGE, 2012; AYERBE *et al.*, 2013; LICHTMAN *et al.*, 2014; PARK; KATON; WOLF, 2014). Vale realçar que a associação de comorbidades e o uso de polifarmácia, frequentemente observada na população idosa, interferem no diagnóstico e no tratamento da depressão (WHO, 2012; BORGES *et al.*, 2013; WHO, 2015).

Sabe-se que o *déficit* cognitivo é um fator de risco para sintomas depressivos, acredita-se que a depressão seja motivação para a demência ou vice-versa (LIMA *et al.*, 2009). Em contrapartida, sugere-se que o *déficit* cognitivo melhore, à medida que o paciente inicia e continua a terapêutica para a depressão (BORGES *et al.*, 2013). Em relação a dependência e

incapacidade funcional, a perda dessa autonomia, acarreta ao indivíduo o isolamento social, a redução das atividades e apoio social (CHAO, 2014).

Quanto às quedas e auto risco para quedas serem fatores de risco para depressão, isso se dá devido às restrições das atividades por receio de cair, produzem nos idosos alterações psicológicas (DIAS *et al.*, 2011). Tem-se em consideração que a fragilidade foi apontada nesta RI como fator de risco para sintomas depressivos, tal relação estaria concatenada ao sedentarismo, astenia e ao esgotamento físico (WOODS *et al.*, 2005; VIEIRA *et al.*, 2013).

No que concerne às queixas dos sintomas depressivos pelos idosos, alguns profissionais de saúde as consideram como consequentes ao processo de envelhecimento. Portanto, a presença destes sintomas pode acarretar a perda da autonomia e agravamento dos quadros patológicos preexistentes (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; WHO, 2015). Comumente a queixa do idoso não se caracteriza somente como física, compreende ainda queixas psíquicas e sociais. Por tanto, a avaliação deve ser ampla, com o intuito de detectar alterações presentes, bem como a identificação de sinais que sugerem perda funcional (WHO, 2012; BORGES *et al.*, 2013; WHO, 2015).

Nesta percepção, é imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente os atuantes na APS saibam detectar e intervir precocemente no que diz respeito a este agravamento (MADEIRA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013; FENG *et al.*, 2014; NOGUEIRA *et al.*, 2014; NOGUEIRA *et al.*, 2014; BRETANHA *et al.*, 2015; MAGALHAES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2017). O rastreamento da depressão em idosos é oportuno a fim de evitar complicações clínicas a curto e a longo prazo (BORGES *et al.*, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015; GULLICH; DURO; CESAR, 2016). O uso da EDG-15, mesmo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), ainda está em fase inicial (NOGUEIRA *et al.*, 2014).

No que diz respeito às ações intervencionistas para minimizar o aparecimento e desenvolvimento de sintomas depressivos em idosos, destaca-se que conhecer os fatores de riscos associados a estes sintomas favorece aos profissionais de saúde assegurar o envelhecimento ativo e a promoção da saúde mental da população idosa (BORGES *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013; MADEIRA *et al.*, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015; MAGALHAES *et al.*, 2016; GALLI *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o tema desta investigação seja de extrema relevância, existe escassez de produção científica. Ainda assim, a EDG-15 é um instrumento empregado em larga escala para avaliação da presença de sintomas depressivos na APS. Diante deste estudo, é fundamental enfatizar que a presença de sintomas depressivos constitui-se uma realidade encontrada em idosos. Os fatores sociodemográficos, condições de saúde, hábitos de vida e auto avaliação negativa da saúde são consideradas variáveis de risco para a presença e desenvolvimento de sintomas depressivos na população idosa.

Por isso, espera-se que a divulgação destas evidências aos gestores e profissionais de saúde gere discussões, transformações e reorganização de suas práticas. Acredita-se que este trabalho poderá subsidiar decisões acerca do investimento público, visando o fortalecimento da APS, com ênfase na saúde mental do idoso.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. M. A. *et al.* Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 853-866, 2014.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999.
- ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 217- 224, abr./jun. 2010.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- AYERBE, L. *et al.* Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 14-21, 2013.
- BORGES, L. J *et al.* Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.
- BRETANHA, A. F. *et al.* Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 1-12, jan./mar. 2015.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, 2013.
- CHAN, C. L. *et al.* Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2018 Sichuan earthquake. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 26, n. 6, p. 673-679, 2012.
- CHAO, S. F. Functional disability and depressive symptoms: longitudinal effects of activity restriction, perceived stress, and social support. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 6, p. 767-776, 2014.
- COHEN, R.; PASKULIN, L. M. G.; PRIEB, R. G. G. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 307-317, 2015.
- CONFORTIN, S. C. *et al.* Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, abr./jun. 2017.

- DIAS, R. C. *et al.* Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 15, n. 5, p. 406-413, set./out. 2011.
- FENG, L. *et al.* Burden and correlates of geriatric depression in the Uyghur elderly population, observation from Xinjiang, China. **PLOS ONE**, v.1, p. 1- 16, dez. 2014.
- FERREIRA, L. *et al.* dos níveis de depressão em idosos praticantes de diferentes exercícios físicos. **ConScientiae Saúde**, v. 13, n. 3, p. 405-410, 2014.
- FERREIRA, V. M. P. *et al.* Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n.3, p. 388-394, 2015.
- FLUETTI, M. T. *et al.* Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 62-71, 2018.
- GALLI, R. *et al.* Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 307-316, abr./jun. 2016.
- GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTORIO, S. C. M. **TCC Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. São Paulo: Iátria, 4 ed, 2010. p.105-126.
- GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 691-701, out./dez. 2016.
- GUTHS, J. F. S. *et al.* Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.
- HAJJAR, R. *et al.* Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 6, p. 727-733, nov./dez. 2017.
- HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016.
- HOFFMANN, E. J. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.
- JUNG, J. *et al.* The moderating effect of religion on the relationship between depression and suicidal ideation in the elderly. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 8, p. 605-610, ago. 2017.

KANG, S. Y.; BASHAM, R.; KIM, Y. J. Contributing factors of depressive symptoms among elderly Korean immigrants in Texas. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 56, p. 67–82, 2013.

KAUP, A. R. *et al.* Trajectories of depressive symptoms in older adults and risk of dementia. **Jama Psychiatry**, v. 73, n. 5, p. 525–531, may, 2016.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

LICHTMAN, J. H. *et al.* Depressão como fator de risco para pior prognóstico em pacientes com síndrome coronariana aguda: revisão sistemática e recomendações: uma declaração científica da American Heart Association. **Circulation**, v. 129, n. 12, p. 1350-1369, mar. 2014.

LIMA, M. T. R.; SILVA, R. S.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009.

LOPES, J. M. *et al.* Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-531, 2015.

MADEIRA, T. C. S. *et al.* Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária em Saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 16, n. 4, p. 393-398, out./dez. 2013.

MAGALHAES, J. M. *et al.* Depressão em idosos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e947, p. 1-6, 2016.

MELO, B. R. S. *et al.* Avaliação Cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

NASCIMENTO, I. M. T. *et al.* Associação entre características sociodemográficas e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, n. 6, p. 749-755, nov./dez. 2017.

NICCOLI, T. PARTRIDGE, L. Ageing as a risk factor for disease. **Current Biology**, v. 22, n. 7, p. 741-752, 2012.

NOBREGA, I. R. A. P. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015.

NOGUEIRA, E. L. *et al.* Rastreamento dos sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368 – 367, 2014.

NUNES, W. A. *et al.* Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 103-111, 2016.

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

OLIVEIRA, M. F. *et al.* Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

PARK, M.; KATON, W. J.; WOLF, F. M. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. **General Hospital Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 217-235, 2013.

RAMOS, G. C. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015.

REBELLO, P. M. P. *et al.* Suspeição de depressão segundo escala geriátrica em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 14, n. 3, p. 313-318, jul./set. 2011.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017.

RIBEIRO, V. S. *et al.* Calidad de vida y depresion em idosos en el contexto domiciliar. **Revista Electronica Enfermeria Actual em Costa Rica**, n. 34, p. 1-14, jan./jun. 2018.

SALERNO, M. C. *et al.* Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 775-782, out./dez. 2015.

SANDERS, J. B. *et al.* Gait speed and the natural course of depressive symptoms in late life; an independent association with chronicity? **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, p. 331-335. 2016.

SANTOS, A. *et al.* Distribuição, evolução e produção científica dos grupos de pesquisa em atividade física e saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 4, p. 258-262, ago. 2012.

SIDONE, O. J. G.; HADDAD, E. A.; MENA-CHALCO, J. P. A ciências nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **TransInformação**, v. 28, p. 15-32, 2016.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

- SILVA, M. T. *et al.* Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.36, n. 3, p. 262–270, 2014.
- SOUSA, K. A. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e-1018, p. 1-7, 2017.
- SOUZA, A. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 355-60, jul./set. 2013.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.
- TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.11, p. 3557-3564, 2016.
- TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 450-456, mai./jun. 2014.
- URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-31, jan./fev. 2006.
- VIEIRA, R. A. *et al.* Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais: dados do Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1631-1643, 2013.
- WOODS, N. F. *et al.* Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 8, p. 1321-1330, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Depression: a global public health concern**. 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas**. 2017.
- ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 583-595, 2012.

CAPÍTULO 2 - RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS

RESUMO

Este estudo estimou a prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos cadastrados em Estratégias Saúde da Família da área urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha. Trata-se de estudo observacional, analítico, de corte transversal e base populacional. A prevalência de sintomas depressivos foi identificada pelo uso da Escala de Depressão Geriátrica, tendo sido testados variáveis sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e funcionalidade familiar. Para efeito de análise, empregou-se a razão de chance, para verificar os fatores associados ao desfecho. Participaram do estudo 313 idosos. A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 21,2% e esteve associada às variáveis sexo feminino, autopercepção da saúde regular/ ruim/ muito ruim, uso de bebida alcoólica na vida, sentir-se triste ou só, e moderada/elevada disfuncionalidade familiar. A prevalência de sintomas depressivos entre os participantes se equiparou aos achados de outras investigações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Depressão. Geriatria. Idoso. Saúde mental.

ABSTRACT

This study estimated the prevalence of depressive symptoms and their associated factors in older adults enrolled in the Family Health Strategies of the urban area of a Jequitinhonha Valley municipality. This is an observational, analytical, cross-sectional and population-based study. The prevalence of depressive symptoms was identified using the Geriatric Depression Scale having been tested sociodemographic variables, health conditions, lifestyle and family functionality. For the purpose of analysis, the odds ratio was used to verify the factors associated with the outcome. 313 elderly people participated in the study. The prevalence of depressive symptoms was 21.2% and has been associated with the variables female gender, self-perception of regular / bad / very bad health, use of alcohol in life, feeling sad or lonely, and moderate / high family dysfunctionality. The prevalence of depressive symptoms among participants matched the findings of other investigations.

Keywords: Aging. Depression. Geriatrics. Mental Health. Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Presume-se que cerca de 15% da população idosa viva com algum transtorno mental (CYBULSKI *et al.*, 2017). Infere-se que um a cada dez idosos apresenta sintomas depressivos, e que a prevalência oscile de 6,5% a 25,3% (VAUGHAN; CORBIN; GOVEAS, 2015). Em nível nacional, indica-se que um a cada sete brasileiros adultos têm sintomatologia depressiva (SILVA *et al.*, 2014), e o sexo feminino está mais susceptível a manifestar tais sintomas (SILVA *et al.*, 2014; LUITEL *et al.*, 2018).

No tocante aos transtornos depressivos, estes abarcam o transtorno depressivo maior, o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno disfórico pré-mestruar, transtorno depressivo persistente, depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno. Encontra-se nesses transtornos o humor triste vazio ou irritável, sendo acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo. E as características que os diferem relacionam-se a duração, ao momento ou causa (APA, 2014).

Na população idosa, a presença de depressão maximiza a probabilidade para o aparecimento e evolução de incapacidade funcional e necessidade de assistência de saúde (ZONEN *et al.*, 2014; ALBERT *et al.*, 2016). Trajetórias de sintomas depressivos sem recuperação podem predizer incapacidade funcional e mortalidade em populações mais velhas aparentemente saudáveis, o qual evidencia a importância do monitoramento dos sintomas depressivos no cuidado geriátrico (MURPHY *et al.*, 2016). A depressão é responsável pelo comprometimento da qualidade de vida (ZONEN *et al.*, 2014; ASCEF *et al.*, 2017), além de aumentar os custos relacionados a assistência à saúde (ZONEN *et al.*, 2014). Além disto, é um importante fator de risco para a ideação suicida, tentativas de autoextermínio e suicídio consumado (SANTOS *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Assim, destaca-se a importância da identificação, prevenção e promoção da saúde, com vistas a melhorar o bem-estar e qualidade de vida da população idosa (BORIM *et al.*, 2014). Para tanto, o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) é propício para a detecção dos idosos sugestivos a sintomas depressivos, e início precoce do tratamento (MAGALHAES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017; LUITEL *et al.*, 2018).

A partir do exposto, a investigação objetivou estimar a prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos não institucionalizados cadastrados em Estratégias Saúde da Família (ESF) da área urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha.

2 MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, analítico, transversal e de base populacional, concebido com idosos de ambos os sexos. A pesquisa ocorreu na área de abrangência de seis ESF da zona urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2018 a maio de 2019.

O cálculo amostral foi efetuado no OpenEpi (Versão 3.01). Considerou-se a população total de 1.791 idosos cadastrados nas ESF's da área urbana, de acordo com a Ficha A, prevalência antecipada de 23,9% (BORGES *et al.*, 2013) nível de significância de 95% ($\alpha = 0,05$), erro de estimativa de 5%, efeito de desenho de 1.0 (10%). Ao valor deste cálculo, acrescentou-se 30% para perdas e controle de fatores de confusão, logo a amostra do respectivo trabalho foi constituída por 313 participantes.

Os critérios de inclusão foram: a) idade igual ou superior a 60 anos; b) ambos os sexos; c) ausência de déficit auditivo ou cognitivo que dificultasse a compreensão das perguntas; d) domicílio na área de abrangência das EFS's da zona urbana do local da pesquisa; e) residência em microárea com Agente Comunitário de Saúde (ACS) e f) idosos que não estivessem usando substâncias psicoativas no momento das visitas.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: a) residir em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); b) indivíduos que apresentassem estado aparente de confusão mental; c) indivíduos que apresentavam déficit cognitivo para responder os questionamentos, d) pessoas que se recusaram a participar ou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e e) idosos que não foram encontrados em seus domicílios após três tentativas.

Os idosos foram selecionados mediante à amostragem aleatória sistemática estratificada, com base no cadastro desta população no e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Assim, foi realizada a distribuição de modo proporcional ao quantitativo de idosos por ESF. No processo de aleatorização, a cada quatro casas um idoso foi convidado a participar do estudo. Nas residências em que havia mais de um idoso, o questionário foi aplicado ao mais velho. Antecedendo o início da coleta, foi realizada reunião com os ACS e com as enfermeiras de cada ESF, com o intuito de apresentação da pesquisa.

Para a coleta de dados, adotou-se o questionário do estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014 (BORGES *et al.*, 2013; BORGES, 2014) adaptado para a realidade local e aos objetivos da pesquisa. Além desse instrumento, que contemplavam as questões sociodemográficas, hábitos de vida, condição e avaliação da saúde, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica versão abreviada – EDG-15 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999); assim como

o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (BRUCKI *et al.*, 2003), Questionário Internacional de Atividade Física (PARDINI *et al.*, 2001) e o APGAR de família (SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982). O tempo médio para aplicação dos questionários foi de aproximadamente 40 minutos.

O instrumento MEEM avalia a função cognitiva. As notas de corte dependem do nível educacional da pessoa que responde: analfabetos (20); 1 a 4 anos de escolaridade (25); 5 a 8 anos de escolaridade (26,5), 9 a 11 anos e (28) \geq 11 anos (29) (BRUCKI *et al.*, 2003). Já o questionário Internacional de Atividade Física, visa identificar a prática de atividades físicas de lazer, recreação, exercício e esporte (PARDINI *et al.*, 2001). O APGAR de família é um acrônimo (palavra formada pela primeira letra de cada item), sendo assim origina-se de cinco domínios: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutive). A somatória final do questionário alterna de zero a dez pontos: 0 a 4 pontos = elevada disfuncionalidade familiar; 5 e 6 pontos = moderada disfunção familiar e 7 a 10 pontos = boa funcionalidade familiar (SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982).

Para caracterização dos idosos participantes deste estudo, as seguintes variáveis sociodemográficas foram analisadas: sexo; faixa etária; estado marital; cor da pele; escolaridade; tem cuidador; reside com; tem algum tipo de renda; aposentado; pensionista; trabalha atualmente; moradia; renda pessoal e renda familiar. Para descrição dos diagnósticos de comorbidades relatadas pelos idosos foram consideradas as seguintes variáveis: problema na coluna; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes *mellitus*; bronquite ou asma; doença cardíaca; Insuficiência Renal Crônica (IRC); tuberculose; cirrose; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Osteoporose; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT); doença pulmonar; colesterol alto; doenças oculares e alteração prostática (BORGES *et al.*, 2013; BORGES, 2014).

A variável desfecho desta investigação foi a “presença de sintomas depressivos”, obtida a partir da aplicação da EDG-15, sendo seu escore cinco (não caso) e seis (caso) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). As variáveis preditoras foram: sexo; faixa etária; estado conjugal; saber ler e escrever; situação financeira atual comparada quando tinha 50 anos de idade; autopercepção do sono; autopercepção da saúde; uso de tabaco e uso de bebida alcoólica na vida; frequenta grupo religioso; relato de tristeza ou solidão (BORGES *et al.*, 2013; BORGES, 2014). Foram analisadas ainda as variáveis escore sugestivo de déficit cognitivo (BRUCKI *et al.*, 2003), a prática de exercício físico (PARDINI *et al.*, 2001), a funcionalidade familiar (SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982) e a

polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos (LINJAKUMPU *et al.*, 2002).

Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Variáveis numéricas contínuas foram descritas por média e desvio padrão (SD). Com as variáveis categóricas realizou-se análise univariada entre a variável desfecho e as potenciais variáveis preditoras. As variáveis que tiveram $p < 0,10$ foram incluídas na análise multivariada, estimando as razões de chance (*Odds ratio*) e seus respectivos IC 95%. Valores com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), sob protocolo n° 2.268.447/2017.

3 RESULTADOS

Participaram do presente estudo 313 idosos. Em razão da inconsistência e incompletude dos dados, foram excluídos dois questionários. Sendo assim, foram analisadas as respostas de 311 idosos, com idade de 60 a 96 anos, com média de 71,8 anos (Desvio padrão [DP] \pm 8,5). A média de estudos entre os participantes foi de 5,2 anos (DP \pm 4,7) e a média da renda foi de R\$ 1.808,59 (DP \pm 1.936,81). A prevalência de sintomas depressivos na população foi de 21,2%, do qual 17,3% foram identificados com sintomas leves e 3,9% com sintomas graves.

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográficas dos idosos participantes do estudo. As características sociodemográficas em notoriedade de acordo com as prevalências foram sexo feminino (62,1%), faixa etária de 60 a 69 anos (46,3%), ser casado ou amasiado (46,6%), cor da pele parda (63,3%), escolaridade de 1 a 4 anos (47,6%), residir com família ou amigos (87,4%), possuir algum tipo de renda (92,9%), aposentado(a) (70,1%), moradia própria (89,1%), renda pessoal \leq 1 salário mínimo (43,8%), renda familiar 2,5 salários mínimos (40,5%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos idosos não institucionalizados. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	118 (37,9)
Feminino	193 (62,1)
Faixa etária, em anos	
60 a 69	144 (46,3)
70 a 79	109 (35,0)
80 ou mais	58 (18,7)
Estado marital	
Casado(a)/Amasiado(a)	145 (46,6)
Viúvo(a)	110 (35,4)
Solteiro(a)	30 (9,6)
Divorciado(a)/Separado(a)	26 (8,4)
Cor da pele autorreferida	
Branca	53 (17,0)
Parda	197 (63,3)
Negra ou preta	55 (17,7)
Amarela	6 (2,0)
Escolaridade	
Analfabeto	56 (18,0)
1 a 4 anos	148 (47,6)
5 a 8 anos	44 (14,1)
9 a 11 anos	35 (11,3)
12 anos ou mais	28 (9,0)
Tem cuidador	
Não	273 (87,8)
Sim	38 (12,2)
Reside com	

Variáveis	N (%)
Família/cunhada/amigos(as)	272 (87,4)
Sozinho(a)	35 (11,3)
Cuidador(a)	4 (1,3)
Tem algum tipo de renda	
Não	22 (7,1)
Sim	289 (92,9)
Aposentado	
Não	93 (29,9)
Sim	218 (70,1)
Pensionista	
Não	224 (72,0)
Sim	87 (28,0)
Trabalha atualmente	
Não	265 (85,2)
Sim	46 (14,8)
Moradia	
Própria	277 (89,1)
Alugada	16 (5,1)
Cedida	18 (5,8)
Renda pessoal, em salário mínimo (SM)**^a	
Sem renda	21 (7,0)
≤ 1 SM	132 (43,8)
≤ 2 SM	75 (24,9)
≤ 3 SM	30 (10,0)
> 3 SM	43 (14,3)
Renda familiar, em salário mínimo (SM)**^a	
≤ 1 SM	32 (11,0)
≤ 2,5 SM	117 (40,5)
≤ 4 SM	74 (25,6)
> 4 SM	66 (22,9)

*Número de respostas válidas para a questão; a: Salário mínimo vigente: R\$998,00.

A tabela 2 evidencia os diagnósticos das comorbidades relatadas pelos idosos em algum momento da vida. As mais prevalentes foram, HAS (70,4%), e colesterol alto (56,6%), problema de coluna (46,9%) e artrite ou reumatismo (41,2%).

Tabela 2 - Caracterização do diagnóstico de comorbidades em algum momento da vida, segundo relatos dos participantes. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.

Variáveis	N (%)
Problema na coluna	
Não	165 (53,1)
Sim	146 (46,9)
Artrite ou reumatismo	
Não	183 (58,8)
Sim	128 (41,2)
Câncer	
Não	286 (92,0)
Sim	25 (8,0)
Diabetes mellitus	
Não	244 (78,5)
Sim	67 (21,5)
Bronquite ou asma	

Variáveis	N (%)
Não	263 (84,6)
Sim	48 (15,4)
Doença cardíaca^a	
Não	245 (78,8)
Sim	66 (21,2)
IRC	
Não	297 (95,5)
Sim	14 (4,5)
Tuberculose	
Não	300 (96,5)
Sim	11 (3,5)
Cirrose	
Não	309 (99,4)
Sim	2 (0,6)
AVC	
Não	289 (92,9)
Sim	22 (7,1)
Osteoporose	
Não	256 (82,3)
Sim	55 (17,7)
HAS	
Não	92 (29,6)
Sim	219 (70,4)
DORT	
Não	263 (84,6)
Sim	46 (15,4)
Doença pulmonar^b	
Não	248 (79,7)
Sim	63 (20,3)
Colesterol alto	
Não	135 (43,4)
Sim	176 (56,6)
Doença oculares^c	
Não	266 (85,5)
Sim	45 (14,5)
Alteração prostática*	
Não	97 (82,2)
Sim	21 (17,8)

a: Infarto, Angina, Insuficiência Cardíaca e outras; b: enfisema pulmonar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Pneumonia; c: Catarata, Glaucoma, Síndrome do Olho Seco e deficiência visual congênita.

*Número de respostas válidas para a questão.

A tabela 3 apresenta a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos entre os idosos participantes. Os fatores associados à variável desfecho “Presença de Sintomas depressivos” foram: sexo feminino; autopercepção negativa da saúde; uso de bebida alcoólica em algum momento da vida; relato de tristeza e solidão e moderada/ elevada disfuncionalidade familiar.

Tabela 3 – Prevalência de sintomas depressivos em idosos e fatores associados. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.

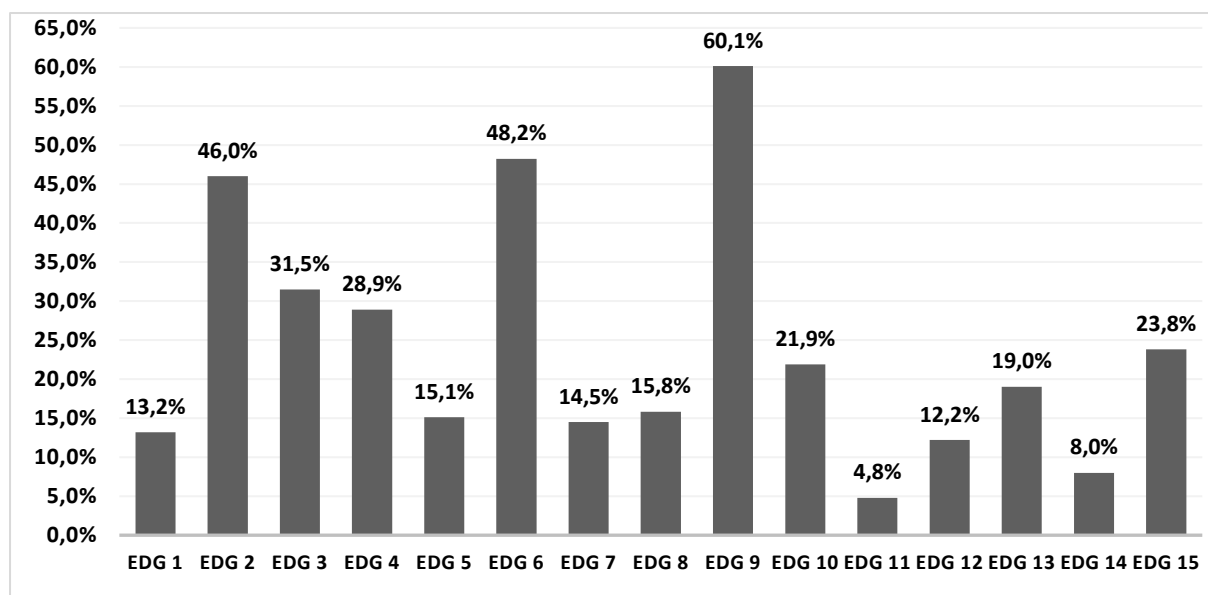
Variável	PSD*		OR bruta	Valor de p	OR ajustada†	Valor de p
	n/total	%	(IC95%)		(IC 95%)	
Sexo						
Masculino	18/118	27,3	1,0		1,0	
Feminino	48/193	72,7	1,83 (1,01-3,34)	0,04	3,01 (1,17-8,19)	0,02
Faixa etária						
< 75 anos	37/209	56,1	1,0		1,0	
≥ 75 anos	29/102	43,9	1,84 (1,05-3,22)	0,03	1,21 (0,53-2,74)	0,64
Estado conjugal						
Vive com companheiro	22/145	33,3	1,0		1,0	
Vive sem companheiro	44/166	66,7	2,01 (1,11-3,56)	0,01	1,40 (0,63-3,11)	0,40
Sabe ler e escrever						
Não	20/52	30,3	1,0		1,0	
Sim	46/259	69,7	2,89 (1,52-5,50)	0,01	1,70 (0,68-4,23)	0,24
Situação financeira atual comparada quando tinha 50 anos						
Melhor/Igual	35/201	53,0	1,0		1,0	
Pior	31/110	47,0	1,86 (1,07-3,23)	0,02	1,96 (0,92-4,16)	0,07
Autopercepção do sono						
Muito bom/Bom	14/164	21,2	1,0		1,0	
Regular/ Ruim/ Muito Ruim	52/147	78,8	3,50 (1,97-6,22)	0,00	0,92 (0,41-2,04)	0,84
Autopercepção da saúde						
Muito bom/Bom	14/164	21,2	1,0		1,0	
Regular/ Ruim/ Muito Ruim	52/147	78,8	5,86 (3,08-11,16)	0,00	3,18 (1,63-8,88)	0,00
Uso de tabaco na vida						
Não	33/170	50,0	1,0			
Sim	33/141	50,0	1,26 (0,73-2,18)	0,39		
Uso de bebida alcoólica na vida						
Não	19/125	28,8	1,0		1,0	
Sim	47/186	71,2	1,86 (1,04-3,40)	0,03	3,69 (1,59-8,57)	0,00
Frequente grupo religioso						
Não	17/66	25,8	1,0			
Sim	49/245	74,2	0,72 (0,38-1,35)	0,31		
Relato de tristeza ou solidão						
Não	14/203	21,2	1,0		1,0	
Sim	52/108	78,8	12,53 (6,47-24,28)	0,00	8,35 (3,72-18,74)	0,00
Score sugestivo para déficit cognitivo						
Não	13/110	19,7	1,0		1,0	
Sim	53/201	80,3	2,67 (1,38-5,16)	0,03	1,21 (0,51-2,89)	0,65
Realiza exercícios físicos						
Sim	10/98	15,2	1,0		1,0	

Variável	PSD*		OR bruta	Valor de p	OR ajustada†	Valor de p
	n/total	%	(IC95%)		(IC 95%)	
Não	56/213	84,8	3,13 (1,52-6,46)	0,00	1,38 (0,55-3,49)	0,48
Funcionalidade familiar						
Boa funcionalidade	34/245	51,5	1,0		1,0	
Disfunção moderada/elevada	32/66	48,5	5,84 (3,19-10,68)	0,00	2,50 (1,13-5,53)	0,02
Polifarmácia						
Não	22/172	33,3	1,0		1,0	
Sim	44/139	66,7	3,15 (1,78-5,59)	0,00	1,83 (0,85-3,96)	0,12

* PSD: Presença de Sintomas Depressivos, OR: *Odds Ratio*. IC95%: intervalo de confiança de 95%.

A figura 1 apresenta as prevalências das respostas “sim” e “não” às questões da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). A média do escore das respostas da EDG-15 foi de 3,61. As respostas “sim” e “não” para as questões de com maior prevalência nesse estudo foram “prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas” (60,1%), “tem medo que algum mal lhe aconteça” (48,2%) e “deixou muitos dos interesses e atividades” (46,0%).

Figura 2 - Prevalência das respostas “sim” ou “não” das questões da Escala de Depressão Geriátrica, Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.



EDG-1 está basicamente satisfeito com a vida (13,2%); EDG-2 deixou muitos de seus interesses e atividades (46,0%); EDG-3 sente que a vida está vazia (31,5%); EDG-4 se aborrece com frequência (28,9%); EDG-5 sente de bom humor a maior parte do tempo (15,1%); EDG-6 tem medo que algum mal vá lhe acontecer (48,2%); EDG-7 sente feliz a maior parte do tempo (14,5%); EDG-8 sente que a situação não tem saída (15,8%); EDG-9 prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas (60,1%); EDG-10 sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas (21,9%); EDG-11 acha maravilhoso estar vivo(a) (4,8%); EDG-12 sente inútil nas atuais circunstâncias (12,2%); EDG-13 sente cheio de energia (19,0%); EDG-14 acha que a situação é sem esperanças (8,0%); EDG-15- sente que a maioria das pessoas estão melhor (23,8%).

4 DISCUSSÃO

A presente investigação estimou a prevalência de sintomas depressivos, além de apresentar os seus fatores associados na população idosa residente nas áreas de abrangências das ESF participantes. Este estudo, revelou primeiros dados acerca da epidemiologia da sintomatologia depressiva em idosos não institucionalizados da área urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha situado no Estado de Minas Gerais.

Os achados da presente investigação referentes aos dados sociodemográficos (tabela 1) correlacionam-se a outros estudos. Ao considerar pesquisas com o mesmo público, observou-se predomínio da participação do sexo feminino, idosos com idade de 60 a 69 anos, que vivem com companheiros, que possuem baixa escolaridade, desfavorecidos economicamente e que são aposentados (BORGES *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2015; MAGALHAES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017). Observou-se predomínio do autorrelato relacionado as cores pardas e negras, supostamente devido ao histórico da escravidão no município em que o estudo foi realizado.

Em relação as comorbidades (tabela 2), esta investigação revelou que as mais prevalentes na população estudada foram HAS (70,4%), colesterol alto (56,6%), problema de coluna (46,9%) e artrite ou reumatismo (41,2%). Outras pesquisas realizadas no Brasil com idosos identificaram que HAS foi a mais prevalente entre a população estudada (BORGES *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017). Além disto, a HAS constituiu a comorbidade mais prevalente na população geral, e estima-se que em 2025 sua prevalência seja de 29% na população global (TALAEI *et al.*, 2014).

A respeito da prevalência de colesterol alto e problema de coluna auto relatados pelos participantes, outros estudos apresentaram resultados semelhantes (BORGES *et al.*, 2013; LOTUFO *et al.*, 2017). Por outro lado, a prevalência da alusão ao diagnóstico de artrite ou reumatismo desta investigação, foi superior a taxa encontrada em outras pesquisas (BORGES *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017).

Os resultados enunciaram elevada prevalência de sintomas depressivos entre os participantes. A análise multivariada revelou associação com sexo feminino, autopercepção da saúde, uso de bebida alcoólica na vida, sentir-se triste ou só e disfuncionalidade familiar (tabela 3).

A prevalência para sintomatologia depressiva desta investigação foi de 21,2%. Este resultado corrobora com outros estudos que apontaram que tal prevalência em idosos varia de 6,5% a 36,6% (BORGES *et al.*, 2013; VAUGHAN; CORBIN; GOVEAS, 2015; GALLI *et al.*, 2016; RAMOS *et al.*, 2015; ALBERT *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017; MENDES-CHILOFF

et al., 2019). Embora a prevalência encontrada neste estudo se aproxime a estas investigações, é importante destacar que tais diferenças nas prevalências podem ser justificadas pelos métodos empregados e pelas características intrínsecas das populações participantes das pesquisas (HOFFMANN *et al.*, 2010).

Como já mencionado, este estudo evidenciou que o sexo feminino foi mais susceptível para apresentar vulnerabilidade para sintomas depressivos ($p=0,02$; $OR=3,10$; $IC95\% 1,17-8,19$). Resultado este que corrobora com outras investigações (MAGALHAES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017; LUITEL *et al.*, 2018). Neste sentido, as explicações para esta associação relacionam-se ao papel social da mulher (VAF AEI *et al.*, 2016). Aponta-se ainda a alta taxa de viuvez, o isolamento social e a privação de estrogênio nas mulheres (MAGALHAES *et al.*, 2016). Outra possível explicação para esta associação está concatenada a mudança do perfil epidemiológico da população, com o aumento da expectativa de vida. Sendo assim, é notório a feminização do envelhecimento (ANDRADE *et al.*, 2014; CYBULSKI *et al.*, 2016). Além do que, as mulheres no decorrer da vida, apresentam mais incapacidade funcional, cognição diminuída e maximização de transtornos mentais (ANDRADE *et al.*, 2014).

Nesta investigação, a avaliação negativa da saúde foi um fator associado a presença de sintomatologia depressiva ($p= 0,00$; $OR= 3,81$ $IC95\% 1,63-8,88$). Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos (BORGES *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2015; SHIN *et al.*, 2016; MENDES-CHILOFF *et al.*, 2019). A presença de sintomas depressivos amplifica a probabilidade de autoavaliação negativa da saúde (RAMOS *et al.*, 2015; SALERNO *et al.*, 2015). Ademais, essa avaliação, pode ser considerada um sintoma indicativo do desenvolvimento de depressão (BORGES *et al.*, 2013).

Continuando, este estudo apontou que o uso de bebida alcoólica em algum momento da vida foi um fator de risco para a presença de sintomatologia depressiva ($p = 0,00$; $OR= 3,69$ $IC95\% 1,59-8,57$). É notório que o consumo de álcool aumenta o risco de depressão (KIM *et al.*, 2015), principalmente na população idosa (BARBOSA *et al.*, 2018). Além disto, o consumo de álcool excessivo é maior entres indivíduos com transtornos depressivos. Também, o consumo de álcool excessivo é maior entres indivíduos com transtornos depressivos (SUBRAMANIAM *et al.*, 2017). A associação entre o uso de álcool e a depressão é complexa, sendo resultante da cascata instituída pelos fatores biopsicossociais (SLADE *et al.*, 2016). Reconhece-se que o consumo de bebida alcoólica e outras drogas pela população idosa é motivador do agravamento da situação de saúde física e/ou mental, isolamento social, e déficit cognitivo (LINTZERIS *et al.*, 2016).

A variável relato de sentimento de tristeza ou solidão se associou a presença de sintomas depressivos ($p = 0,00$; $OR = 8,35$ IC95% 3,72-18,74). Possivelmente, esta associação pode ser elucidada em virtude do óbito de um ente próximo (AZEVEDO; AFONSO, 2016). Além de que, é sabido que problemas físicos, psicológicos e sociais colaboram para o sentimento de solidão (KAMIYA *et al.*, 2014). Ainda, idosos que vivem sozinhos estão mais suscetíveis para a solidão, ao isolamento social e à depressão (CAMPOS *et al.*, 2017).

Nesta investigação, a disfuncionalidade familiar foi associada a sintomatologia depressiva ($p = 0,02$; $OR = 2,50$ IC95% 1,13-5,53). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na cidade de São Paulo (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2019). A funcionalidade familiar, é responsável por oferecer ao idoso apoio efetivo em relação aos sintomas depressivos, por proporcionar um ambiente que oportuniza o bem-estar destes indivíduos. Logo, um arranjo familiar que apresenta disfuncionalidade raramente apresentará este ambiente, sendo este um fator que pode desencadear a manifestação e evolução da sintomatologia depressiva (SOUZA *et al.*, 2014).

Prosseguindo, quando a família demonstra dificuldades no que tange a aceitação e entendimento do processo de envelhecer, o contexto familiar tende a ser conflituoso. Desta forma, impacta diretamente nos domínios físicos, emocionais, sociais e econômicos (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011). À vista disso, quando o idoso não apresenta apoio emocional no ente mais próximo, ele tende a expressar queixas para sintomas depressivos. Além do que, esse indivíduo está mais suscetível a desenvolver incapacidade (TORRES *et al.*, 2018). Em razão das barreiras relacionadas aos cuidados, alguns idosos tendem a não reconhecer seus entes como família (PERSEGUINO; HORTA; RIBEIRO, 2017).

Ademais, considera-se que o tempo destinado ao cuidado e o diálogo da família para com o idoso, tem se mostrado ineficiente. Infere-se ainda que presumivelmente não participam das decisões e resoluções de problemas concernentes à esfera familiar (VERA *et al.*, 2015). É crucial realçar que o relacionamento satisfatório entre os membros do núcleo familiar, representa uma ferramenta promotora para o enfrentamento das implicações concernentes da depressão (HOLTFRETER; REISIG; TURANOVIC, 2015).

Em relação a EDG-15, as questões “prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas; ‘tem medo que algum mal te aconteça’ e ‘deixou muitos dos interesses e atividades’ foram as mais prevalentes. No que se refere a primeira questão, o apoio social positivo é fator crucial para diminuir a probabilidade da presença de depressão, além de desempenhar papel fundamental na melhora do estado depressivo (SINGH; SINGH; AROKIASAMY, 2016; AHN; KIM; ZHANH, 2017). Neste ínterim, é preciso salientar que na cidade do estudo, existem

poucas opções para lazer, ou seja, as pessoas tendem a ficar mais em seus domicílios. Além é claro, grande parte da população do estudo apresentou baixo nível socioeconômico, situação essa que pode limitar as oportunidades de lazer.

Em relação a segunda pergunta com maior taxa de respondentes, é necessário destacar a desmotivação, que favorece o surgimento da sintomatologia depressiva (TEODORO, 2009). Já a prevalência da questão “tem medo que algum mal te aconteça”, pode relacionar-se as incertezas inerentes do envelhecimento, a probabilidade de se tornarem dependentes, além é claro do medo do fim da vida (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Em comparação aos estudos conduzidos com idosos no âmbito da APS, todos os idosos identificados com sintomas depressivos foram encaminhados formalmente para atendimento na ESF de sua área de abrangência, por meio de instrumento específico no dia da entrevista. Além de que, após o término da coleta de dados em cada ESF, foi entregue a listagem dos idosos identificados com sintomas depressivos. Possibilitando assim a integração entre pesquisa e serviço e viabilizando possíveis buscas ativa dos idosos que não procuraram a ESF para verificarem os sintomas depressivos apresentados durante a entrevista.

Considera-se como limitações desta investigação, o método transversal, que impede a estimativa da incidência e correlação de causa-efeito. Outro fator limitante foi o recrutamento. Ressalta-se que o auto relato das morbidades também é apontado como um fator limitador, pois pode associar com o viés de memória do entrevistado. Aponta-se ainda como limitação o tempo gasto para aplicação dos questionários, visto que questionário muito longo pode desmotivar, além de diminuir a atenção.

5 CONCLUSÃO

Conforme os resultados do presente estudo a prevalência de sintomas depressivos entre os participantes estão de acordo aos achados de outros estudos. No tocante às variáveis associadas, indica-se atenção para o sexo feminino, a ingestão de bebida alcoólica em algum momento da vida, autopercepção da saúde, relato de tristeza e solidão e presença de disfuncionalidade familiar. A elucidação destes fatores subsidiará a ação dos gestores e profissionais de saúde, sobretudo os atuantes no âmbito da APS a intervir precocemente nos casos de idosos que apresentarem sintomas depressivos.

Esta investigação demonstrou a indispensabilidade de ações intervencionistas junto à população idosa, para a identificação precoce de casos sugestivos de sintomas depressivos. Além do mais, evidenciou o quanto a EDG-15 é aplicável para o rastreamento de casos sugestivos, o que aponta a relevância do seu uso no cotidiano dos serviços de APS.

REFERÊNCIAS

- AHN, S.; KIM, S.; ZHANG, H. Changes in depressive symptoms among older adults with multiple chronic conditions: role of positive and negative social support. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 16, p. 1-11, 2017.
- ALBERT, S. M. *et al.* Design and recruitment for a randomized controlled trial of problem solving therapy to prevent depression among older adults with need for supportive services. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 94–102, jan. 2016.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos depressivos. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: NASCIMENTO, M. I. C. *et al.* Revisão Técnica: CORDIOLI, A. V. *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 155- 188.
- ANDRADE, F. C. D. *et al.* Life expectancy with and without cognitive impairment among Brazilian older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 58, p. 219–225, 2014.
- ASCEF, B. O. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 22s, p. 1-13, 2017.
- AZEVEDO, Z. A. S.; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 313-324, 2016.
- BARBOSA, M. B. *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 125-135, 2018.
- BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. v. 61, n. 3b, p. 777-781, 2003.
- BORGES, L. J. *et al.* Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.
- BORGES, L. J. **Sintomas depressivos e atividade física em idosos**: estudo longitudinal. 2014. 183f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- BORIM, F. S. A. *et al.* Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.
- CAMPOS, A. C. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 358-367, 2017.
- CYBULSKI, M. *et al.* Self-assessment of the mental health status in older adults in Poland: a cross-sectional study. **BioMed Central Psychiatry**, v. 17, n. 383, p. 1-10, 2017.

GALLI, R. *et al.* Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 307-316, abr./jun. 2016.

HOFFMANN, E. J. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

HOLTFRETER, K.; REISIG, M. D.; TURANOVIC, J. J. Depression and infrequent participation in social activities among older adults: the moderating role of high-quality familial ties. **Aging & Mental Health**, v. 21, n. 4, p. 379- 388, 2017.

KAMIYA, Y. *et al.* Early-life circumstances and later-life loneliness in Ireland. **The Gerontologist**, v. 54, n. 5, p. 773–783, 2014.

KIM, S. A. *et al.* Exploring the non-linear relationship between alcohol consumption and depression in an elderly population in Gangneung: The Gangneung Health Study. **Yonsei Medical Journal**, v. 56, n. 2, p. 418-425, 2015.

LINJAKUMPU, T. *et al.* Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 55, n. 8, p. 809-817, Aug. 2002.

LINTZERIS, N. *et al.* Substance use, health status and service utilization of older clients attending specialist drug and alcohol services. **Drug Alcohol Review**, v. 35, n. 2, p. 223-231, 2016.

LOTUFO, P. A. *et al.* Prevalência de diagnóstico médico de colesterol alto autorreferido na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 108, n. 5, p.411-416, 2017.

LUITEL, N. P. *et al.* Prevalence and correlates of depression and alcohol use disorder among adults attending primary health care services in Nepal: a cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 18, n, 125, p. 1-10, 2018.

MAGALHAES, J. M. *et al.* Depressão em idosos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. 1-6, 2016.

MENDES-CHILOFF, C. L. *et al.* Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 2, e180014, p. 1-16, 2018.

MURPHY, R. A. *et al.* Depressive trajectories and risk of disability and mortality in older adults: longitudinal findings from the health, aging, and body composition study. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences** v. 71, n. 2, p. 228–235, 2016.

OLIVEIRA, J. M. B. *et al.* Envelhecimento, saúde mental e suicídio. Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 503-515, 2018.

PARDINI, R. *et al.* Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 45-51, jul. 2001.

PERSEGUINO, M. G.; HORTA, A. L. M.; RIBEIRO, C. A. A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n. 2, p. 251-257, mar./abr. 2017.

RAMOS, G. C. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015.

RIBEIRO, M. S. *et al.* Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 880-888, 2017.

SALERNO, M. C. *et al.* Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 775-782, out./dez. 2015.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I.; BARHAM, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 102-110, jan./mar. 2011.

SANTOS, E. G. O. *et al.* Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 854-865, 2017.

SHIN, J. *et al.* The cross-interaction between global and age-comparative self-rated health on depressive symptoms—considering both the individual and combined effects. **BioMed Central Psychiatry**, v. 16, n. 433, p. 1-11. 2016.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SILVA, M. T. *et al.* Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262–270, 2014.

SINGH, L.; SINGH, P. K.; AROKIASAMY, P. Social Network and Mental Health Among Older Adults in Rural Uttar Pradesh, India: A Cross-Sectional Study. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 31, p. 173–192, 2016.

SLADE, T. *et al.* Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. **British Medical Journal Open**, v. 6, e011827, p. 1-12, 2016.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. **The Journal of Family Practice**, v.15, n. 2, p. 303-311, 1982.

SOUZA, R. A. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 469-476, 2014.

SUBRAMANIAM, M. *et al.* Hazardous alcohol use among patients with schizophrenia and depression. **Alcohol**, v. 65, p. 63-69, 2017.

TALAEI, M. *et al.* Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. **Journal of Hypertension**, v. 31, n. 1, p. 30-38, 2014.

TEODORO, W. L. G. **Depressão: corpo, mente e alma**. Uberlândia, 2009. 240p.

TORRES, J. L. *et al.* Depressive symptoms, emotional support and activities of daily living disability onset: 15-year follow-up of the Bambuí (Brazil) cohort study of aging. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, e00141917, p. 1-11, 2018.

VAFAEI, A. *et al.* Depression, sex and gender roles in older adult populations: the International Mobility in Aging Study (IMIAS). **PLoS ONE**, v. 11, n. 1, e0146867, 2016.

VAUGHAN, L.; CORBIN, A. L.; GOVEAS, J. S. Depression and frailty in later life: a systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 1947-1958, 2015.

VERA, I. *et al.* Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 494-504, abr./jun. 2015.

ZOONEN, K. V. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, p. 318-329, 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou três objetivos centrais: conhecer o perfil dos trabalhos científicos e avaliar o uso da EDG-15 no rastreamento de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade, e os fatores de riscos associados a estes sintomas (Capítulo 1). E o outro foi estimar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos nos idosos cadastrados em seis ESF de uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha no estado de Minas Gerais (Capítulo 2).

Para alcançar o primeiro objetivo, realizou-se uma revisão integrativa de literatura nas bases SciELO e LILACS para identificar o uso da EDG-15 nas pesquisas, cujo os participantes foram idosos brasileiros. Reconheceu-se que a referida escala, é de suma importância para a detecção de casos sugestivos para sintomas depressivos na população idosa.

Para contemplar o segundo objetivo, realizou-se a análise univariada e multivariada para identificar os fatores relacionados aos sintomas depressivos nos idosos residentes no local de estudo. As mulheres, avaliação negativa da saúde, uso de bebida alcoólica, relato de tristeza ou solidão e moderada/elevada disfuncionalidade familiar estiveram associados a presença de sintomatologia depressiva entre os participantes. É importante frisar que além dos resultados obtidos pela pesquisa, todos os participantes identificados com sintomas depressivos foram encaminhados para atendimento na ESF da área de abrangência, uma vez que a EDG-15 não tem finalidade de diagnóstico.

Além do artigo que foi publicado e do manuscrito que será submetido a publicação, apresentados neste TCM, até o momento a pesquisa que originou esse trabalho, já teve trabalhos apresentados, premiados e publicados em anais de eventos. A saber:

1. **Caracterização sociodemográfica e avaliação cognitiva de idosos: resultados preliminares** - In: 11º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia e 10º Simpósio das Ligas de Geriatria e Gerontologia, 2019, São Paulo (SP).
2. **Avaliação da funcionalidade familiar de idosos de uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha: resultados preliminares.** In: 11º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia e 10º Simpósio das Ligas de Geriatria e Gerontologia, 2019, São Paulo (SP).
3. **Representação sociodemográfica, condição de saúde e sintomas depressivos em idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família.** In: 11º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia e 10º Simpósio das Ligas de Geriatria e Gerontologia, 2019, São Paulo (SP).

4. **Perfil sociodemográfico e uso de tabaco e álcool em idosos não institucionalizados: resultados preliminares.** In: VII Semana da Integração Ensino, Pesquisa e Extensão, 2019, Diamantina (MG).
5. **Perfil sociodemográfico, condição de saúde e sintomas depressivos em idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família de Diamantina.** In: III Semana Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Mucuri da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2018, Teófilo Otoni (MG). Esse trabalho, recebeu menção honrosa.

Sendo assim, os resultados esperados da pesquisa foram alcançados. Além disso, almeja-se que esses resultados possam contribuir com a literatura geriátrica e gerontológica, em razão das informações sobre um tema importante na atualidade, de interesse da saúde pública e dos profissionais de saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ARTIGO PUBLICADO NA ENCICLOPÉDIA BIOSFERA



USO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Luiz Henrique Batista Monteiro¹, Juliana Nogueira Pontes Nobre², Paulo Filipe de Mello³, Rosana Passos Cambraia⁴, Renata Aline de Andrade⁵

- 1- Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, Minas Gerais, Brasil. (luizhbmonteiro@gmail.com)
- 2- Educadora Física. Mestre em Saúde, Soc. e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, Minas Gerais, Brasil
- 3- Enfermeiro. Mestre em Saúde, Soc. e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, Minas Gerais, Brasil
- 4- Psicobióloga. Depto de Farmácia, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina, Minas Gerais, Brasil
- 5- Farmacêutica-bioquímica. Depto de Farmácia, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina, Minas Gerais, Brasil

Recebido em: 22/09/2018 – Aprovado em: 23/11/2018 – Publicado em: 03/12/2018
DOI: 10.18677/EnciBio_2018B106

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil dos trabalhos científicos e avaliar o uso da EDG-15 no rastreamento de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade, e os fatores de riscos associados a estes sintomas. Método: Revisão integrativa da literatura nas bases LILACS e SciELO utilizando os seguintes descritores: 'atenção primária à saúde', 'depressão', 'envelhecimento', 'idosos'. Considerou-se o período de 2013 a 2017 para a seleção dos artigos publicados em português, espanhol ou inglês. Foi realizada busca manual (*hand search*) nos artigos selecionados. Resultados: Doze artigos atenderam aos critérios de inclusão, destes, 5 (41,7%) foram selecionados na base LILACS e 7 (58,8%) no SciELO. E a prevalência de sintomas depressivos encontrada nesta revisão variou de 18,0% a 88,8%. Destacaram-se como fatores de riscos para a presença de sintomas depressivos as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e avaliação negativa do estado de saúde. Conclusão: O tema desta revisão é de suma importância, porém existe escassez de produção científica. Contudo, assim, a Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento empregado em larga escala para avaliação da presença de sintomas depressivos na APS. Presume-se que este trabalho poderá subsidiar decisões a respeito do investimento público, visando o fortalecimento da APS, com ênfase na saúde mental da população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Depressão. Idoso.

THE USE OF THE GERIATRIC DEPRESSION SCALE IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Objective: To know the profile of the scientific work and to evaluate the use of EDG-15 in the screening of depressive symptoms in elderly people living in the community, and the risk factors associated with these symptoms. **Method:** Integrative literature review in the LILACS and SciELO databases using the following descriptors: 'primary health care', 'depression', 'aging', 'elderly'. It was considered the period from 2013 to 2017 for the selection of articles published in Portuguese, Spanish or English. Hand search was performed on selected articles. **Results:** Twelve articles met the inclusion criteria, of which, 5 (41.7%) were selected in the LILACS database and 7 (58.8%) in the SciELO. And the prevalence of depressive symptoms found in this review ranged from 18.0% to 88.8%. The sociodemographic variables, health conditions, life habits and negative evaluation of health status were highlighted as risk factors for the presence of depressive symptoms. **Conclusion:** The theme of this review is of great importance, but there is a shortage of scientific production. However, Geriatric Depression Scale is a widely used instrument for assessing the presence of depressive symptoms in PHC. It is assumed that this work may subsidize decisions regarding public investment, aiming to strengthen PHC, with an emphasis on the mental health of the elderly population.

KEYWORDS: Aged. Depression. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Estima-se que a depressão seja responsável por 4,3% da carga global de doenças em nível mundial (WHO, 2013). Além disto, é considerada como a principal causa de incapacidade no mundo, associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade e agravos crônicos não transmissíveis (WHO, 2012; SILVA et al., 2014; FENG et al., 2014). Estudos internacionais indicam que a prevalência de depressão em idosos residentes em comunidades oscila de 16,5% a 38,0% (KANG et al., 2013; FENG et al., 2014; KAUP et al., 2016; SANDERS et al., 2016).

Em relação a depressão geriátrica, esta configura-se como o transtorno mental mais frequente entre os idosos. Entre estes a depressão pode potencializar a probabilidade para o aparecimento e evolução de incapacidades funcionais, compromete a qualidade de vida, eleva os gastos orçamentários dos serviços públicos, além de caracterizar fator de risco para a ideação suicida, e consequentemente as tentativas e o suicídio consumado (CAVALCANTE et al., 2013; WHO, 2015; JUNG et al., 2017). Neste seguimento, o uso de escalas reconhecidas mundialmente colabora para a detecção dos casos de depressão geriátrica, posto que são de fácil e rápida aplicação, simples compreensão, e baixo custo operacional (ALVARENGA et al., 2010; NOGUEIRA et al., 2014; BRETANHA et al., 2015).

Internacionalmente e no Brasil, uma das escalas utilizadas para avaliação de sintomas depressivos em populações idosas é a "*Geriatric Depression Scale*" (GDS), criada por Yesavage em 1983, inicialmente com 30 itens que correlacionam o diagnóstico depressivo. Esta escala foi traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por Almeida e Almeida (1999), sendo utilizadas as versões de 30 (REBELLO et al., 2011), de 10 itens (HELLWIG et al., 2016) e a versão de 15 itens. Vale salientar que esta última é a mais utilizada, e em diferentes contextos clínicos (TESTON et al., 2014; COHEN et al., 2015; TAVARES et al., 2016; NASCIMENTO

et al., 2017; GUTHS et al., 2017; MELO et al., 2017; CONFORTIN et al., 2017; FLUETTI et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018).

É fundamental notabilizar que são poucas as evidências acerca da identificação da depressão geriátrica mediante as ações dos profissionais de saúde. Reconhece-se que estes sintomas não são detectados efetivamente, e assim sendo não são tratados (LIMA et al., 2009; HOFFMANN et al., 2010). Nesse sentido, esta revisão de literatura objetivou conhecer o perfil dos trabalhos científicos e avaliar o uso da EDG-15 no rastreamento de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade, e os fatores de riscos associados a estes sintomas.

ETAPAS DA REVISÃO

O presente trabalho trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RI). A RI é uma metodologia de pesquisa que objetiva analisar e sistematizar as publicações científicas relacionadas a determinado tema. A RI consiste na associação e seguimento das seis etapas elencadas a seguir: identificação do tema, seleção da questão norteadora, delineamento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos científicos a serem analisados, determinação das informações que são extraídas da produção científica selecionada, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação dos resultados oriundos da revisão (MENDES et al., 2008). Nesse sentido, a RI é uma importante ferramenta utilizada na área da saúde, uma vez que tem a finalidade de sintetizar estudos científicos a respeito de determinado tema e direcionar a prática embasada no conhecimento científico (SOUZA et al., 2010).

Foram incluídos artigos científicos publicados na íntegra e originais, oriundos de pesquisas científicas desenvolvidas no Brasil, que utilizaram a EDG-15 para a triagem de sintomas depressivos entre idosos. O período entre os anos de 2013 a 2017 foi delimitado para a seleção dos artigos publicados em português, espanhol ou inglês. Os estudos obrigatoriamente deveriam versar acerca do objetivo de investigar a presença de sintomas depressivos entre idosos que vivem na comunidade, por meio da aplicação da EDG-15. Os estudos repetidos foram excluídos.

Após a leitura dos artigos as informações de interesse foram extraídas, fundamentadas em um instrumento validado (URSI; GALVAO, 2006). As informações extraídas relacionam-se a autoria, título do artigo, base de dados, delineamento do estudo, síntese dos resultados e das conclusões.

Para a busca da produção científica selecionaram-se os descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para indexação dos estudos: "envelhecimento", "depressão", "idosos", "atenção primária a saúde". As bases de dados utilizadas foram: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

No tocante a pesquisa dos artigos, foi realizada a busca manual (*hand search*), com o intuito de localizar nas referências selecionadas dos bancos de dados, artigos referenciados com o propósito de explorar outras produções científicas (GALVÃO et al., 2010). A seleção dos artigos foi concretizada entre os meses de março a junho de 2018, em conformidade com a figura 1.

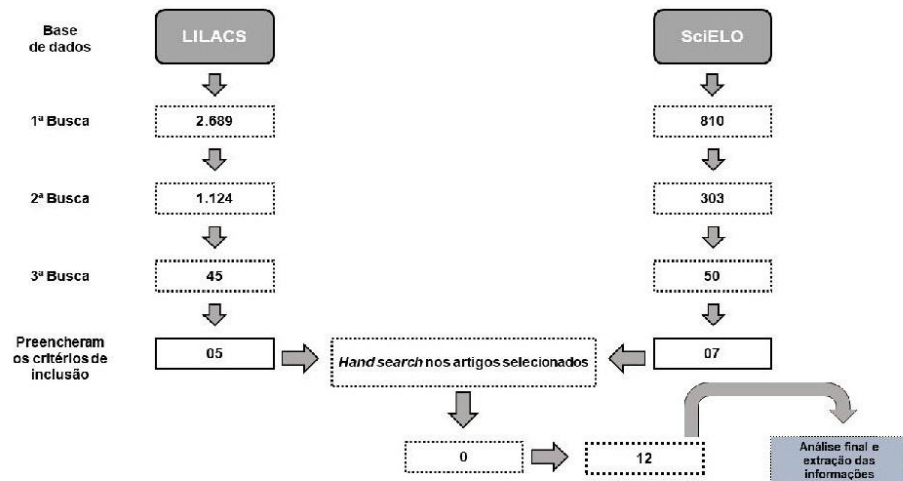


FIGURA 1: Processo de seleção dos artigos da amostra, 2013-2017.

APRESENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REVISÃO

Esta RI compreende a análise de 12 artigos, em consonância aos critérios de inclusão e exclusão determinados pelos autores. Destes, 5 (41,7%) foram selecionados da LILACS e 7 (58,8%) da SciELO. A prevalência de sintomas depressivos na população idosa identificada neste estudo variou de 18,0% a 88,8%. O quadro 1 enumera os achados substanciais desta revisão.

QUADRO 1: Síntese dos artigos que utilizaram a EDG-15, 2013-2017.

Título	Autores	Ano/Cidade-UF/ Base de dados/ Amostra	Delimitação do estudo/ Instrumentos	Resultados	Síntese das conclusões
Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde	MADEIRA et al.	2013/ São Luís-MA/ LILACS/ 66	Transversal/ EDG-15 e questionário sociodemográfico.	- 31,8% identificados com sintomas depressivos. 27,3% com sintomas leves e 4,5% com sintomas graves. - 50% dos idosos identificados com sintomas depressivos tinham 75 anos ou mais.	- Alta prevalência de sintomas depressivos em idosos que tinham Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus.
Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos	SOUZA et al.	2013/ JEQUIÉ-BA/ LILACS/ 125	Transversal/ EDG-15 e questionários com questões sociodemográficas, patologias referidas e auto percepção do estado de saúde.	- 88,8% identificados com sintomas depressivos. - Mais propensos a sintomas depressivos, mulheres, idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, viver com companheiro,	-Variáveis sociodemográficas e de saúde representaram fatores de risco para sintomatologia depressiva.

				analfabetismo e presença de alguma patologia.	
Depressão em idosos na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição para a atenção primária	MAGALHAES et al.	2016/ Teresina-PI/ LILACS/ 241	Transversal/ EDG-15 e questões sociodemográficas.	- 29,1% identificados com sintomas depressivos. Destes 26,6% com sintomas leves, e 2,5% sintomas graves. - Os sintomas foram mais prevalentes em mulheres, participantes com idade de 70 a 79 anos, idosos que viviam sem companheiro, inativos e analfabetos.	- Significativa prevalência de sintomas depressivos nos idosos participantes.
Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na atenção primária à saúde	HAJJAR et al.	2017/ Uberaba-MG/ LILACS/ 248	Transversal/ EDG-15/ Questionário sociodemográfico, condições de saúde e hábitos de vida.	- 32,7% identificados com sintomas depressivos. Sendo, 24,4% sintomas leves e 7,3% sintomas graves. - Fatores de risco: não praticar exercício físico, maior número de morbidades	- Poucos idosos identificados com sintomas depressivos faziam uso de antidepressivo.
Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família	SOUSA et al.	2017/ Cajazeiras-PB/ LILACS/ 153	Transversal/ EDG-15/ Questionário sociodemográfico, condições de saúde e religião.	- 50,9% identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo femininos, divorciados, sem religião e com doença crônica.	A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos foi semelhante aos resultados de outros estudos.
Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: EpiFloripa	BORGES et al.	2013/ Florianópolis-SC/ SciELO/ 1656	Transversal/ EDG-15 e questionário estruturado (sociodemográficas, prática de religião, grupo de convivência, uso da internet e telefone, avaliação da saúde e dor) Minixame do Estado Mental, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Avaliação do Índice de Massa	- 23,9% identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: baixa escolaridade, situação econômica pior quando comparada aos 50 anos, déficit cognitivo, percepção de saúde regular e ruim, dependência funcional e dor crônica. - Fatores de proteção: Grupo etário de 70 a 79 anos, prática de atividade física e de lazer, participação em grupos de convivência e religiosos e vida sexual ativa.	O rastreamento de sintomas depressivos em idosos é imprescindível. É necessário a criação de políticas de atenção à saúde do idoso na cidade do estudo.

			Corporal (IMC) Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)		
Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre.	NOGUEIRA et al.	2014/ Porto Alegre-RS/ SciELO/ 585	Transversal/ EDG-15 e questionário com perguntas sobre os dados sociodemográficos, religião e avaliação do estado de saúde.	- 30,6% foram identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo feminino, baixa escolaridade, sobretudo analfabetismo, auto percepção de saúde (regular e ruim/péssima).	É necessário melhorar o diagnóstico e identificação de depressão em idosos.
Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS	BRETANHA et al.	2015/Bagé-RS/ SciELO/ 1593	Transversal/ EDG-15 e questionários com informações sociodemográficas, presença de morbidades, avaliação da saúde e Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	- 18,0% apresentaram sintomas depressivos. - Fatores de risco para sintomas depressivos: sexo feminino cor de pele não branca, baixo nível socioeconômico, aposentados, com histórico de problemas cardíacos, idosos com incapacidade e dependência funcional, avaliação regular e ruim/ péssima da saúde. Fatores de proteção: aposentado pelo INSS.	A prevalência de sintomas depressivos na população idosa, impulsiona a criação de estratégias de promoção da saúde.
Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional.	RAMOS et al.	2015/ Montes Claros-MG/ SciELO/ 639	Transversal/ EDG-15 e questionário estruturado com questões sociodemográficas, estilo de vida, histórico de quedas, número de morbidades, presença de cuidados, avaliação da saúde e fragilidade.	- 27,5% identificados com sintomatologia depressiva. - Fatores de risco: viver sem companheiro, analfabetismo, avaliação negativa da saúde, uso de tabaco, alto risco de quedas e ser frágil	Prevalência de sintomatologia alta, e necessária melhoria na assistência ofertada aos idosos.
Depressão entre idoso: um estudo de base populacional no sul do Brasil	GULLICH; DURO; CESAR	2016/ Arroio Trinta-SC/ SciELO/ 544	Transversal/ EDG-15 e instrumento com questões sociodemográficas, hábitos de vida, prática religiosa, atividades de lazer,	- 20,4% identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo feminino, ser solteiro, baixa renda, ser fumante hospitalizações nos últimos 12 meses.	A presença de sintomas depressivos em idosos é uma realidade. Os resultados são semelhantes a achados de

			hospitalização e consultas médica.	- Fatores de proteção: participação em eventos religiosos e prática de atividade física (última semana).	investigações realizadas em grandes centros urbanos.
Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults	GALLI et al.	2016/ Veranópolis-RS/ SciELO/ 1012	Cross-cut/ GDS-15 Structured questionnaire (sociodemographic information, evaluation of health status, number of morbidities, number of consultations last month, participation in groups, work situation, interaction with friends, manual work, reading and practicing physical activities).	- 36.6% identified with depressive symptoms. - Risk factors: female sex, 75 years of age or older, low socioeconomic level, low educational level, higher number of consultations, morbidities and poor health evaluation. - Protective factors: work, physical activity, perform manual work, interest in reading and talking with friends.	Active aging is important for the mental health of the elderly.
Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos.	SILVA et al.	2017/ Porto Alegre-RS/ SciELO/1391	Transversal/ EDG-15 e questionário estruturado com questões sociodemográficas, diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis.	- Cerca de 21% foram identificados com sintomas depressivos. - Fatores de risco: sexo feminino, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico. - Fatores de proteção: escolaridade acima de 8 anos, ser viúvo e viver com companheiro.	Há uma possível relação entre depressão e doenças cardíacas e comprometimento encefálico. A escolaridade é um fator de proteção para sintomas depressivos.

De acordo com os critérios de inclusão, em relação ao ano de publicação dos estudos, 2013, 2016 e 2017, tiveram cada oito (25%) de artigos analisados. O ano de 2014 teve um (8,3%) e em 2015 foram dois artigos. Evidenciou-se que os artigos analisados (58,3%) tinham como autor principal, ou coautores, profissionais de nível superior da área de enfermagem. Quanto ao idioma 11 (91,7%) foram publicados na língua portuguesa do Brasil e um artigo (8,3%) foi publicitado em inglês.

Em relação ao local de realização das pesquisas, seis (50,0%) são advindas da região sul do Brasil, quatro (33,3%) da região nordeste e duas (16,7%) foram realizados na região sudeste. Observou-se predominância de investigações desenvolvidas no sul e sudeste com oito (66,7%) artigos. Isso se deu em razão de que a região sudeste ocupa o primeiro lugar nas produções científicas em todas as áreas de conhecimento, sobretudo da saúde seguida da região sul (SANTOS et al., 2012; SIDONE et al., 2016).

No tocante ao delineamento do estudo, todos os artigos referem-se a pesquisas epidemiológicas, com abordagem transversal. O estudo transversal ou

seccional constitui-se em uma estratégia de pesquisa epidemiológica identificada pela observação direta e planejada de determinada quantidade de indivíduos em um único momento (KLEIN; BLOCK, 2009).

A EDG-15, conforme demonstrado nesta RI, é usada em larga escala no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS). Em alguns estudos é evidenciada por esse instrumento, além da prevalência de sintomas depressivos, a diferenciação da prevalência de sintomas depressivos leves e graves. É relevante acentuar que idosos que apresentam pontuação na EDG-15 de zero a cinco apresentam ausência de sintomas depressivos. Já aqueles com pontuação na escala de seis a 10 indicam sintomas depressivos leves, e pontuação igual ou superior a 11 pontos sinalizam para a presença de sintomas graves (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

De acordo com esta RI, existem fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos em idosos. Em relação aos fatores sociodemográficos destacam-se: sexo feminino (MADEIRA et al., 2013; SOUZA et al., 2013; NOGUEIRA et al., 2014; BRETANHA et al., 2015; RAMOS et al., 2015; GALLI et al., 2016; GULLICH et al., 2016; MAGALHAES et al., 2016; SOUSA et al., 2017; SILVA et al., 2017), viver sem companheiro (SOUZA et al., 2013; RAMOS et al., 2015; GULLICH et al., 2016; MAGALHAES et al., 2016; SOUSA et al., 2017), baixo nível socioeconômico (BORGES et al., 2013; BRETANHA et al., 2015; GULLICH et al., 2016; GALLI et al., 2016) baixo nível educacional (principalmente analfabetismo) (SOUZA et al., 2013; BORGES et al., 2013; NOGUEIRA et al., 2014; RAMOS et al., 2015; GALLI et al., 2016), não ter religião (RAMOS et al., 2015; SOUSA et al., 2017).

Ser do sexo feminino é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, em razão do isolamento social, arranjo familiar insatisfatório, sobrecarga das funções e pelas alterações hormonais (ANDRADE et al., 2006; NOGUEIRA et al., 2014; CHAN et al., 2012; GULLICH et al., 2016; MAGALHÃES et al., 2016).

A escolaridade foi reconhecida como fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas depressivos, visto que a mesma maximiza o enfrentamento da população frente aos eventos estressores (OLIVEIRA et al., 2012; NOBREGA et al., 2015; NUNES et al., 2016). Já o baixo nível socioeconômico é um fator de risco em consequência do obstáculo ao acesso à saúde, práticas de lazer e suporte social (BORGES et al., 2013; FERREIRA et al., 2015). Ter religião constitui-se um fator protetor, visto que propicia aos indivíduos enfrentamento das adversidades e esperança para a melhoria da condição de saúde (REIS; MENEZES, 2017). O fato de viver sem companheiro, foi considerado um fator de risco em virtude do fato destes indivíduos estarem mais propensos à solidão (OLIVEIRA et al., 2012; AGUIAR et al., 2014; LOPES et al., 2015).

Na mesma ótica dos fatores de riscos, quanto aos hábitos de vida elencou-se: tabagismo (RAMOS et al., 2015; GULLICH et al., 2016) e não praticar exercício físico (MAGALHAES et al., 2016; HAJJAR et al., 2017). A nicotina altera o funcionamento no sistema neuroendócrino, favorecendo o aparecimento e desenvolvimento da psicopatologia (ZAITUNE et al., 2012). A respeito da atividade física, a prática regular de exercício físico atenua o estresse, em virtude da ação das endorfinas. Estes hormônios minimizam o estresse ambiental, desta forma, restringem a manifestação e progressão da sintomatologia depressiva (FERREIRA et al., 2014).

Com referência à condição de saúde, observou-se: avaliação negativa da saúde (BORGES et al., 2013; NOGUEIRA et al., 2014; BRETANHA et al., 2015; RAMOS et al., 2015; GALLI et al., 2016), comorbidades (SOUZA et al., 2013; GALLI

et al., 2016; HAJJAR et al., 2017), presença de alguma doença crônica (RAMOS et al., 2015; SOUSA et al., 2017), Acidente Vascular Encefálico (AVE) (SILVA et al., 2017) e doenças cardíacas (SILVA et al., 2017), *déficit* cognitivo (BORGES et al., 2013) incapacidade e dependência funcional (BORGES et al., 2013; BRETANHA et al., 2015), medo e risco de quedas (RAMOS et al., 2015) e ser frágil (RAMOS et al., 2015).

A avaliação negativa da saúde constitui-se um fator de risco dado que o aparecimento de sintomas depressivos interfere negativamente na autoavaliação da saúde (RAMOS et al., 2015; SALERNO et al., 2015). Por outro lado, esta avaliação, pode ser considerada um sintoma (BORGES et al., 2013). Nesta perspectiva, a depressão aumenta a evolução negativa das doenças crônicas e possui alta prevalência depois de um AVE. É responsável ainda por ampliar a incapacidade funcional, pela má qualidade de vida, além de aumentar a taxa de mortalidade (NICCOLI; PARTRIDGE, 2012; AYERBE et al., 2013; LICHTMAN et al., 2014; PARK et al., 2014). Vale realçar que a associação de comorbidades e o uso de polifarmácia, frequentemente observada na população idosa interferem no diagnóstico e no tratamento da depressão (WHO, 2012; BORGES et al., 2013; WHO, 2015).

Sabe-se que o *déficit* cognitivo é um fator de risco para sintomas depressivos, acredita-se que a depressão seja motivação para a demência ou vice-versa (LIMA et al., 2009). Em contrapartida, sugere-se que o *déficit* cognitivo melhora, à medida que o paciente inicia e continua a terapêutica para a depressão (BORGES et al., 2013). Em relação a dependência e incapacidade funcional, a perda dessa autonomia, acarreta ao indivíduo o isolamento social, a redução das atividades e apoio social (CHAO, 2014).

Quanto às quedas e auto risco para quedas serem fatores de risco para depressão, isso se dá devido às restrições das atividades por receio de cair, produzem nos idosos alterações psicológicas (DIAS et al., 2011). Tem-se em consideração que a fragilidade foi apontada nesta RI como fator de risco para sintomas depressivos, tal relação estaria concatenada ao sedentarismo, astenia e ao esgotamento físico (WOODS et al., 2005; VIEIRA et al., 2013).

No que concerne às queixas dos sintomas depressivos pelos idosos, alguns profissionais de saúde as consideram como consequentes ao processo de envelhecimento. Portanto, a presença destes sintomas pode acarretar a perda da autonomia e agravamento dos quadros patológicos preexistentes (OLIVEIRA et al., 2006; WHO, 2015). Comumente a queixa do idoso não se caracteriza somente como física, compreende ainda queixas psíquicas e sociais. Portanto, a avaliação deve ser ampla, com o intuito de detectar alterações presentes, bem como a identificação de sinais que sugerem perda funcional (WHO, 2012; BORGES et al., 2013; WHO, 2015).

Nesta percepção, é imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente os atuantes na APS saibam detectar e intervir precocemente no que diz respeito a este agravamento (MADEIRA et al., 2013; SOUZA et al., 2013; FENG et al., 2014; NOGUEIRA et al., 2014; NOGUEIRA et al., 2014; BRETANHA et al., 2015; MAGALHAES et al., 2016; SILVA et al., 2017; SOUSA et al., 2017). O rastreamento da depressão em idosos é oportuno a fim de evitar complicações clínicas a curto e a longo prazo (BORGES et al., 2013; BRETANHA et al., 2015; GULLICH et al., 2016). O uso da EDG-15, mesmo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), ainda está em fase inicial (NOGUEIRA et al., 2014).

No que diz respeito às ações intervencionistas para minimizar o aparecimento e desenvolvimento de sintomas depressivos em idosos, destaca-se que conhecer os fatores de riscos associados a estes sintomas favorece aos profissionais de saúde assegurar o envelhecimento ativo e a promoção da saúde mental da população idosa (BORGES et al., 2013; SOUZA et al., 2013; MADEIRA et al., 2013; BRETANHA et al., 2015; MAGALHAES et al., 2016; GALLI et al., 2016; SOUSA et al., 2017; SILVA et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o tema desta investigação seja de extrema relevância, existe escassez de produção científica. Ainda assim, a EDG-15 é um instrumento empregado em larga escala para avaliação da presença de sintomas depressivos na APS. Diante deste estudo, é fundamental enfatizar que a presença de sintomas depressivos constitui-se uma realidade encontrada em idosos. Os fatores sociodemográficos, condições de saúde, hábitos de vida e auto avaliação negativa da saúde são consideradas variáveis de risco para a presença e desenvolvimento de sintomas depressivos na população idosa.

Por isso, espera-se que a divulgação destas evidências aos gestores e profissionais de saúde gere discussões, transformações e reorganização de suas práticas. Acredita-se que este trabalho poderá subsidiar decisões acerca do investimento público, visando o fortalecimento da APS, com ênfase na saúde mental do idoso.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. M. A.; MARQUES, A. P. O.; SILVA, E. C.; COSTA, T. R.; RAMOS, R. S. P. S. et al. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 853-866, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13198>>. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13198.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>>. doi: S0004-282X1999000300013.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 217- 224, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17850>>. doi: 10.5380/ce.v15i2.17850.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>>. doi: 10.1590/S0101-60832006000200003.

AYERBE, L.; AYIS, S.; WOLFE, C. D.; RUDD, A. G. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 14-21, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107664>>. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107664.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; XAVIER, A. J.; D'ORSI, E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>>. doi: S0034-8910.2013047003844.

BRETANHA, A. F.; FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 1-12, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>>. doi: 10.1590/1980-5497201500010001.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>>. doi: S1413-81232013001000023.

CHAN, C. L.; WANG, C. W.; HO, A. H.; QU, Z. Y.; WANG, X. Y. et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2018 Sichuan earthquake. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 26, n. 6, p. 673-679, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.05.002>>. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.05.002.

CHAO, S. F. Functional disability and depressive symptoms: longitudinal effects of activity restriction, perceived stress, and social support. **Ageing & Mental Health**, v. 18, n. 6, p. 767-776, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.87830>>. doi: 10.1080/13607863.2013.87830.

COHEN, R.; PASKULIN, L. M. G.; PRIEB, R. G. G. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 307-317, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14052>>. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14052.

CONFORTIN, S. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; ANTES, D. L.; CEMBRANEL, F.; ONO, L. M. et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, abr./jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000200008>>. doi: 10.5123/S1679-49742017000200008.

DIAS, R. C.; FREIRE, M. T. F.; SANTOS, E. G. S.; VIEIRA, R. A.; DIAS, J. M. D. et al. Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 15, n. 5, p. 406-413, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n5/pt_a11v15n5.pdf>.

FENG, L.; LI, P.; LU, C.; TANG, W.; MAHAPATRA, T. et al. Burden and Correlates of Geriatric Depression in the Uyghur Elderly Population, Observation from Xinjiang,

China. **PLOS ONE**, v. 1, p. 1- 16, dez. 2014. Disponível em: <<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0114139>>. doi: 10.1371/journal.pone.0114139.

FERREIRA, L.; RONCADA, C.; TIGGEMANN, C. L.; DIAS, C. P. Avaliação dos níveis de depressão em idosos praticantes de diferentes exercícios físicos. **ConScientiae Saúde**, v. 13, n. 3, p. 405-410, 2014. Disponível em: <<http://doi.org/10.5585/ConsSaude.v13n3.4839>>. doi: 10.5585/ConsSaude.v13n3.4839.

FERREIRA, V. M. P.; SILVA, L. N.; FURUVA, R. K.; SCHIMIDT, A.; ROSSE, L. A. et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n.3, p. 388-394, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>>. doi: 10.1590/S0080-623420150000300005.

FLUETTI, M. T.; FHON, J. R. S.; OLIVEIRA, A. P.; CHIQUITO, L. M. O.; MARQUES, S. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 62-71, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170098>>. doi: 1981-22562018021.170098.

GALLI, R.; MORIGUCHI, H.; BRUSCATO, N. M.; HORTA, R. L.; PATTUSSI, M. P. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 307-316, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600020008>. doi: 10.1590/1980-5497201600020008.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTORIO, S. C. M. **TCC Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. São Paulo: Iátria, 4 ed, p.105-126.2010.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 691-701, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>>. doi: 10.1590/1980-5497201600040001.

GUTHS, J. F. S.; JACOB, M. H. V. M.; SANTOS, A. M. P. V.; AROSSI, G. A.; BERIA, J. U. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160058>>. doi: 10.1590/1981-22562017020.160058.

HAJJAR, R.; GAUDENCI, G.; GAUDENCI, E. M.; SANTOS, A. S. Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 6, p. 727-733, nov./dez. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600004>>. doi: 10.15253/2175-6783.2017000600004.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>>. doi: 10.1590/1413-812320152111.19552015.

HOFFMANN, E. J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J. M.; LIMA, E. W. B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a04v59n3.pdf>>.

JUNG, J.; ROH, D.; LUA, Y. S.; KIM, D. H. The moderating effect of religion on the relationship between depression and suicidal ideation in the elderly. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 8, p. 605-610, ago. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000637>>. doi: 10.1097/NMD.0000000000000637.

KANG, S. Y.; BASHAM, R.; KIM, Y. J. Contributing Factors of Depressive Symptoms Among Elderly Korean Immigrants in Texas. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 56, p. 67-82, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2012.734369>>. doi: 10.1080/01634372.2012.734369.

KAUP, A. R. BYERS, A. L. FALVEY, C.; SIMONSICK, E. M.; SATTERFIELD, S. et al. Trajectories of Depressive Symptoms in Older Adults and Risk of Dementia. **Jama Psychiatry**, v. 73, n. 5, p. 525-531, may, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0004>>. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0004.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

LICHTMAN, J. H.; FROELICHER, E. S.; BLUMENTHAL, J. A.; CARNEY, R.M.; DOERING, L. V. et al. Depressão como fator de risco para pior prognóstico em pacientes com síndrome coronariana aguda: revisão sistemática e recomendações: uma declaração científica da American Heart Association. **Circulation**, v. 129, n. 12, p. 1350-1369, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>>. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019.

LIMA, M. T. R.; SILVA, R. S.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a01v58n1.pdf>>.

LOPES, J. M.; FERNANDES, S. G. G.; DANTAS, F. G.; MEDEIROS, J. L. A. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade de sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18,

n. 3, p. 521-531, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14081>>. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14081.

MADEIRA, T. C. S.; AGUIAR, M.I. F.; BERNARDES, A. C. F.; ROLIM, I. L. T. P.; SILVA, R. P. et al. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 16, n. 4, p. 393-398, out./dez. 2013. Disponível em: <<https://aps.ufff.emnuvens.com.br/aps/article/view/1895/762>>.

MAGALHAES, J. M.; CARVALHO, A. M. B.; CARVALHO, S. M.; ALENCAR, D. C.; MOREIRA, W. M. et al. Depressão em idosos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e947, p. 1-6, 2016. Disponível em: Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160016>>. doi: 10.5935/1415-2762.20160016

MELO, B. R. S.; DINIZ, M. A. A.; CASEMIRO, F. G.; FIGUEIREDO, L. C.; ORLANDI, A. A. S. et al. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0388>>. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0388.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

NASCIMENTO, I. M. T.; MELLO, P. F.; COUTO, A. M.; GUIMARAES, G. L.; MENDOZA, I. Y. Q. Associação entre características sociodemográficas e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, n. 6, p. 749-755, nov./dez. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600007>>. doi: 10.15253/2175-6783.2017000600007.

NICCOLI, T. PARTRIDGE, L. Ageing as a risk factor for disease. **Current Biology**, v. 22, n. 7, p. 741-752, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2012.07.024>>. doi: 10.1016 / j.cub.2012.07.024.

NOBREGA, I. R. A. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; VIEIRA, J. C. M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>>. doi: 10.1590/0103-110420151050002020.

NOGUEIRA, E. L.; RUBIN, L. L.; GIACOBOL, S. S.; GOMES, I.; CATALDO NETO, A. Rastreamento dos sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**. v. 48, n. 3, p. 368 – 367, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>>. doi:10.1590/S0034-8910.2014048004660.

NUNES, W. A.; DIAS, F. A.; NASCIMENTO, J. S.; GOMES, N. C.; TAVARES, D. M. S. Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde.

Escola Anna Nery, v. 17, n. 1, p. 103-111, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100014>>. doi: 10.15253/2175-6783.2016000100014.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 734 – 736, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500026>>. doi: S0034-89102006000500026.

OLIVEIRA, M. F.; BEZERRA, V. P.; SILVA, A. O.; ALVES, M. S. C. F.; MOREIRA, M. A. S. P. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.8, p. 2191-2198, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800029>>. doi: 10.1590/S1413-81232012000800029.

PARK, M.; KATON, W. J.; WOLF, F. M. Depression and Risk of Mortality in Individuals with Diabetes: A Meta-Analysis and Systematic Review. **General Hospital Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 217-235, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.006>>. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.01.006.

RAMOS, G. C. F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067>>. doi: 10.1590/0047-2085000000067.

REBELLO, P. M. P.; LEITE, S. P.; MOUALLEMA, A. R. E.; LISBOA, A. C. V.; MARCELINO, A. R. et al. Suspeição de depressão segundo escala geriátrica em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 14, n. 3, p. 313-318, jul./set. 2011. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1150/509>>.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>>. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0630.

RIBEIRO, V. S.; ROSA, R. S.; SANCHES, G. J. C.; RIBEIRO, I. J. S.; CASSOTTI, C. A. Calidad de vida y depresion em idosos en el contexto domiciliar. **Revista Electronica Enfermeria Actual em Costa Rica**, n. 34, p. 1-14, jan./jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30983>>. doi: 10.15517/revenf.v0i34.30983

SALERNO, M. C.; BOLINA, A. F.; DIAS, F. A.; MARTINS, N. P. F.; TAVARES, D. M. S. Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 775-782, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41895>>. doi: 10.5380/ce.v20i4.41895.

SANDERS, J. B.; BREMMER, M. A.; COMIJS, H. C.; DEEG, D. J.; BEEKMAN, A. T. Gait Speed and the Natural Course of Depressive Symptoms in Late Life; An Independent Association With Chronicity? **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, p. 331-335. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.11.016>>. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.016.

SANTOS, A.; BASTOS, L. L. A. G.; ALEIXO, A. A.; PAULO, T. R. S.; MENDES, E. L. Distribuição, evolução e produção científica dos grupos de pesquisa em atividade física e saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 4, p. 258-262, ago. 2012. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/aces/article/view/1074/1980>

SIDONE, O. J. G.; HADDAD, E. A.; MENA-CHALCO, J. P. A ciências nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **TransInformação**, v. 28, p. 15-32, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2318-08892016002800002>>. doi: 10.1590/2318-08892016002800002.

SILVA, A. R.; SGNAOLIN, V.; NOGUEIRA, E. L.; LOUREIRO, R.; ENGROFF, P. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000149>>. doi: 10.1590/0047-2085000000149.

SILVA, M. T.; GALVAO, T. F.; MARTINS, S. S.; PEREIRA, M. G. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.36, n. 3, p. 262-270, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1294>>. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1294.

SOUSA, K. A.; FREITAS, F. F. Q.; CASTRO, A. P.; OLIVEIRA, C. D. B.; ALMEIDA, A. A. B. et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e-1018, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>>. doi: 10.5935/1415-2762.20170028.

SOUZA, A. S.; SENA, E. L. S.; MEIRA, E. C.; SILVA, D.M.; ALVES, M. S. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 355-60, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7523/5443>>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>>. doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134.

TAVARES, D. M. S.; MATIAS, T. G. C.; FERREIRA, P. C. S.; PEGORARI, M. S.; NASCIMENTO, J. S. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na

comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.11, p. 3557-3564, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>>. doi: 10.1590/1413-812320152111.03032016.

TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 450-456, mai./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140060>>. doi: 10.5935/0034-7167.20140060.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-31, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>>. doi: 10.1590/S0104-11692006000100017.

VIEIRA, R. A.; GUERRA, R. O.; GIACOMIN, K. C.; VASCONCELOS, K. S. S.; ANDRADE, A. C. S. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais: dados do Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1631-1643, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00126312>>. doi: 10.1590/0102-311x00126312.

WOODS, N. F.; LACROIX, A. Z.; GRAY, S. L.; ARAGAKI, A.; COCHRANE, B. B. et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 8, p. 1321-1330, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53405.x>>. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53405.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Depression: a global public health concern**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Mental Health action plan 2013-2020**. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=93F3B912F723ED8341E9438F010FE8C2?sequence=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World report on ageing and health**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1>.


WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Mental Health Atlas**. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.F. CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4,

p. 583-595, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300018>>. doi: 10.1590/S0102-311X2012000300018.

APÊNDICE B – E-MAIL ENVIADO PARA O EPIFLORIPA SOLITANDO AUTORIZAÇÃO PARA O USO DO QUESTIONÁRIO

PERMISSAO USO QUESTIONÁRIO E MANUAL ENTREVISTADOR > Caixa de entrada x

 **Luiz Henrique Batista Monteiro** <luizhbmonteiro@gmail.com> para epifloripaidoso ▾ seg, 6 de nov de 2017 11:45 ☆ ↶ ⋮

Boa tarde, espero que estejam bem.

À Profª Drª Eleonora D'Orsi e a Equipe EpiFloripa Idoso

De antemão, parabeno-lhes pelo brilhante pesquisa desenvolvida em Florianópolis. A qual tem contribuindo para a identificação da situação saúde dos Florianopolitanos, sejam estes adultos ou idosos.

Me chamo Luiz Henrique Batista Monteiro, sou mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) situada no estado de Minas Gerais.

Faço parte de uma pesquisa intitulada "Sintomas depressivos e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil."

Nesse sentido, gostaria de solicitar a permissão para utilizarmos o questionário de idosos, que vocês usam para coletar de dados. E também o manual do entrevistador.

Digo ainda que, caso nos autorize adaptaremos algumas questões do questionário para a nossa realidade, e considerando o objetivo geral da pesquisa. Em relação ao manual, seguirá a mesma lógica.

Desde já agradeço

APÊNDICE C – ALEATORIZAÇÃO DOS IDOSOS



Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Programa de Pós-Graduação Saúde, Sociedade e Ambiente



Aleatorização dos idosos que participarão da pesquisa “Sintomas depressivos e fatores associados em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil”.	
Unidade:	Equipe:
ACS:	
Nome do Idoso	Nome da Rua e Número da Casa
01 -	
02 -	
03 -	
04 -	
05 -	
06 -	
07 -	
08 -	
09 -	
10 -	
11 -	
12 -	
13 -	
14 -	
15 -	
16 -	
17 -	
18 -	
19 -	

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “*Sintomas depressivos e fatores associados em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil*”, em virtude de estar cadastrado no Estratégia de Saúde da Família de sua área de abrangência, SER IDOSO(A) (IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 60 ANOS), para responder a um questionário, coordenada pela Professora Dra. Renata Aline de Andrade e contará ainda com os mestrandos Luiz Henrique Batista Monteiro e Paulo Filipe de Mello.

Você foi sorteado de maneira aleatória e a sua participação não é obrigatória sendo que a qualquer momento da pesquisa você poderá desistir e retirar seu consentimento de participação. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM, com a unidade de saúde da sua região ou com a Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina.

O objetivo desta pesquisa é: identificar a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos em idosos cadastrados nas Estratégias Saúde da Família da zona urbana de Diamantina, MG. Caso você decida aceitar o convite, será submetido ao seguinte procedimento: responder a um questionário em sua própria casa. O TEMPO PREVISTO PARA A APLICAÇÃO DESTE QUESTIONÁRIO É DE APROXIMADAMENTE 60 MINUTOS, MAS CASO VOCÊ TENHA NECESSIDADE DE INTERROMPER A QUALQUER MOMENTO, AGENDAREMOS UM NOVO DIA E HORÁRIO DE SUA ESCOLHA PARA CONTINUARMOS A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.

Nesta pesquisa existe a possibilidade de alguma questão possa lhe causar constrangimento, neste momento, você terá o direito em não responder à questão sem nenhum prejuízo para você.

Os benefícios relacionados com a sua participação estão relacionados com o auxílio para que os gestores e os profissionais de saúde possam conhecer a prevalência de sintomas depressivos em idosos e os fatores associados com a presença dos mesmos, e assim planejar e organizar melhor a assistência à saúde do idoso com sintomas depressivos.

Está previsto como forma de assistência o encaminhamento para os sujeitos da pesquisa identificados com sintomas depressivos durante a realização da pesquisa (levando em

Rubrica do Sujeito da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador

consideração o valor obtido *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 15 questões (GDS-15), com o ponto de corte de 5 pontos para não caso e 6 pontos para caso. Serão encaminhados para procurar os Centro de Saúde de sua área de abrangência para uma avaliação clínica complementar de enfermagem e médica mais detalhada quando o participante da pesquisa apresentar um valor de GDS – 15 superiores a 5 pontos. Será entregue ainda um encaminhamento padrão com o nome do usuário, valor obtido no GDS – 15 e Centro de Saúde que deverá ser procurado para buscar atendimento.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, as informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosas, não possibilitando de forma alguma a sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não estão previstos gastos, portanto não está previsto ressarcimento. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Dra. Renata Aline de Andrade

Endereço Campus JK da UFVJM, Prédio do Departamento de Farmácia, Alto da Jacuba, Rodovia MGT 367, KM 583, n. 5.000, Diamantina, MG.

Telefone: (38) 3532 - 6000, Departamento de Farmácia

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____



Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1200 Ramal 1240 – Coordenador Prof. Dr. Disney Oliver Sivieri Júnior;
E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br ou cep@ufvjm.edu.br

Rubrica do Sujeito da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador

APÊNDICE E – ENCAMINHAMENTO ENTREGUE AO IDOSO IDENTIFICADO COM SINTOMAS DEPRESSIVOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri



Encaminhamento para Avaliação na Estratégia Saúde da Família

Encaminho o (a) senhor (a) _____, para uma avaliação clínica complementar de enfermagem e médica, para mais detalhamento sobre a presença de sintomas depressivos.

O mesmo participou da pesquisa “**Sintomas depressivos e fatores associados em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil**” que está analisando a prevalência de sintomas depressivos na população idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) da área urbana na cidade de Diamantina, MG.

Durante a pesquisa foi aplicado o a escala *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 15 questões (GDS-15), com o ponto de corte de 5/6 (não caso/caso). O valor obtido pelo acima referido foi de _____/15.

Oriento a procurar o Centro de Saúde _____ e apresentar este encaminhamento.

Dra. Renata Aline de Andrade
Coordenadora da Pesquisa

Luiz Henrique Batista Monteiro
Mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente -
UFVJM

Paulo Filipe de Mello
Mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente -
UFVJM

Diamantina, _____, _____, 2018

**APÊNDICE F – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG-15) ENTREGUE
AO IDOSO IDENTIFICADO COM SINTOMAS DEPRESSIVOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE

NOME DO IDOSO:

ESCALA DE DEPRESÃO GERIÁTRICA (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)		
1 – O (a) Sr. (a), está basicamente satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
2 – O (a) Sr. (a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
3 – O (a) Sr. (a) sente que sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
4 – O (a) Sr. (a) se aborrece com frequência?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
5 – O (a) Sr. (a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
6 – O (a) Sr. (a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
7 – O (a) Sr. (a) se sente feliz a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
8 – O (a) Sr. (a) sente que sua situação não tem saída?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
9 – O (a) Sr. (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
10 – O (a) Sr. (a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
11 – O (a) Sr. (a) acha maravilhoso estar vivo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
12 – O (a) Sr. (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
13 – O (a) Sr. (a) se sente cheio de energia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
14 – O (a) Sr. (a) acha que sua situação é sem esperanças?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
15 – O (a) Sr. (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Score de avaliação do <i>Geriatric Depression Scale</i>: /15		

Observação: Cada resposta em negrito equivale a 1 ponto.

APÊNDICE G – ENCAMINHAMENTO ENTREGUA À COORDENAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente



ENCAMINHAMENTO

À coordenação da Estratégia Saúde da Família – XXXX

Os participantes da pesquisa “Sintomas depressivos e fatores associados em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil”, identificados com sintomas depressivos durante a coleta de dados, serão encaminhamentos para a Estratégia Saúde da Família de sua área de abrangência para uma avaliação clínica complementar de enfermagem e médica mais detalhada para confirmar a presença dos sintomas depressivos. A identificação da presença dos sintomas depressivos, será a partir do valor obtido no *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 15 questões (GDS-15), com o ponto de corte de 5/6 (não caso/caso) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Nesse sentido, segue-se a relação nominal dos idosos entrevistados que obtiveram valores de GDS-15 maiores que 5 pontos.

NOME DO IDOSO	VALOR GDS/15	MICROÁREA

REFERÊNCIA

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. v. 57, n. 2b, p. 421-426, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2017

Diamantina, xx de xxxx de 20xx.

Luiz Henrique Batista Monteiro
Mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente - UFVJM

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO USO DO QUESTIONÁRIO EPIFLORIPA E MANUAL DO PESQUISADOR



EpiFloripa Idoso <epifloripaidoso@gmail.com>

para Eleonora, eu ▾

sex, 15 de dez de 2017 12:39 ☆ ↶ ⋮

Prezado Luiz Henrique

Agradecemos o reconhecimento e ficamos felizes com seu interesse em utilizar nosso material em sua pesquisa. Tanto o manual quanto o questionário foram construídos com muita discussão, pesquisa e trabalho da nossa equipe. Acreditamos que o conhecimento adquirido deve ser compartilhado e, portanto, autorizamos o seu uso desde que citados os devidos créditos e referências.

Envio em anexo o material que logo estará disponível online em nosso site que no momento está passando por processo de atualização: http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi_idoso

Desejamos sucesso em sua pesquisa e nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Equipe EpiFloripa Idoso UFSC

ANEXO B – MANUAL DO PESQUISADOR DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE

MANUAL DO ENTREVISTADOR

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM UMA CIDADE POLO
DO VALE DO JEQUITINHONHA - MG, BRASIL**

DIAMANTINA

2018

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Nome do Entrevistador: _____

Endereço Completo: _____

Telefone do Entrevistador: _____

Nome do Supervisor: Luiz Henrique Batista Monteiro

Telefone do Supervisor: (31) 982163261 (whats) ou (38) 988281002 (oi)

E-mail do Supervisor: luizhbmonteiro@gmail.com

Outros contatos: Paulo Mello: 38 998083167 (whatsapp vivo)

E-mail: pfimello@hotmail.com

SUMÁRIO

1. SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS	4
2. ENTREVISTADOR E O SEU MATERIAL DE TRABALHO	4
3. ENTREVISTADOR E ENTREVISTADO.....	6
4. INSTRUMENTO DE COLETA.....	8
4.1 BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO.....	8
4.2 BLOCO GERAL	8
4.3 BLOCO SAÚDE MENTAL	13
4.4 BLOCO SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA.....	20
4.5 BLOCO DA FUNCIONALIDADE GLOBAL.....	22
4.6 BLOCO SOBRE QUEDAS	25
4.7 BLOCO ATIVIDADE FÍSICA E AMBIENTE (BAIRRO).....	29
4.8 BLOCO MORBIDADES	36
4.9 BLOCO SERVIÇOS DE SAÚDE	37
4.10 BLOCO MEDICAMENTOS	38
4.11 BLOCO SAÚDE BUCAL.....	39
4.12 BLOCO SOBRE VIOLÊNCIA	40
4.13 APGAR DE FAMÍLIA	40

1. SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS

As mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas, no Brasil, apontam a necessidade de investigações populacionais das condições de saúde da população idosa com ênfase no estado cognitivo e funcional, violência, comportamentos, condições sociais e econômicas a eles associadas. No Brasil, importantes inquéritos populacionais de saúde incorporaram, ou planejam incluir em versões futuras, investigação destes aspectos. As desigualdades em saúde são produto de diferenças entre os diversos estratos sociais e econômicos de uma população e influenciam sua morbimortalidade e o envelhecimento com maior ou menor grau de dependência. Estudos anteriores identificaram a incapacidade funcional como um dos principais fatores preditivos da mortalidade em idosos, porém poucos estudos examinaram quais seriam os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da incapacidade funcional. A identificação precoce desses fatores pode subsidiar estratégias de prevenção da dependência funcional, redução da morbidade e aumento do tempo de vida livre de incapacidades, proporcionando envelhecimento saudável.

O presente projeto objetiva investigar a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na população idosa cadastrada na Estratégia de Saúde da Família da área urbana de Diamantina, Minas Gerais.

2. ENTREVISTADOR E O SEU MATERIAL DE TRABALHO

O material de trabalho a ser utilizado pela equipe de campo será fornecido pela coordenação da pesquisa e conta com os seguintes itens:

Manual do Entrevistador – o seu uso é obrigatório quando o entrevistador estiver em campo, pois contém as instruções para orientar a realização do trabalho e pode esclarecer eventuais dúvidas.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – o seu uso é obrigatório a cada entrevista. Este termo deve ser lido no início da entrevista pelo entrevistador e assinado pelo entrevistado. Para os idosos sob condição de vulnerabilidade devido as restrições físicas e/ou psicológicas, o TCLE deverá ser destinado à assinatura de um representante legal.

Questionário em papel – a cada saída do entrevistador a campo é necessário que seja levado na pasta cópias do questionário a ser preenchido durante a entrevista.

Folha de recado – a cada saída do entrevistador a campo é necessário que seja levado na pasta algumas cópias da folha de recado, pois caso o entrevistado não possa atendê-lo no horário agendado a folha de recado deverá ser utilizada para agendar um novo horário para a realização da entrevista. Caso o entrevistado não se encontre no domicílio preencha a folha mencionando que você esteve no local conforme o combinado e deixe-a com um vizinho, síndico, porteiro ou em baixo da porta do domicílio.

Caneta – a cada saída do entrevistador a campo é necessário que seja levado na pasta caneta, para que o entrevistado assine o TCLE e preenchimento do questionário.

Relógio de pulso - o seu uso é obrigatório quando o entrevistador estiver em campo, pois este será utilizado durante a pesquisa de campo para realizar corretamente a questão 53.

LEMBRE-SE ANTES DE IR A CAMPO:

- ✓ CERTIFIQUE-SE QUE O SEU MATERIAL DE TRABALHO ESTÁ COMPLETO.
- ✓ DURANTE TODO O TRABALHO DE CAMPO USE O CRACHÁ DA PESQUISA.
- ✓ LEMBRE-SE DE PORTAR UM RELÓGIO DE PULSO, CANETA, FOLHA DE RASCUNHO, QUESTIONÁRIO IMPRESSO.
- ✓ ORGANIZAÇÃO É FUNDAMENTAL PARA O SUCESSO DA PESQUISA!

3. ENTREVISTADOR E ENTREVISTADO

CUIDADOS IMPORTANTES PARA A ENTREVISTA:

Ao sair de sua casa para realizar a entrevista, previamente agendada com o idoso, lembre-se que:

- Sua apresentação é importante para passar uma boa impressão do nosso trabalho;
- Evite usar roupas muito curtas ou decotadas, que façam alusão a times de futebol ou partidos políticos, para evitar possíveis conflitos com o entrevistado;
- Não carregue o visual com maquiagem e bijuterias em excesso;
- Vista-se de forma confortável, evitando sapatos de salto, pois poderá ser preciso caminhar por lugares de difícil acesso, íngremes e sem calçadas;
- Trate o entrevistado com cordialidade e educação;
- Use o bom senso: trate o entrevistado por senhor, senhora ou você, caso o próprio idoso solicite esse tipo de tratamento;
- Direcione o assunto da entrevista apenas para a coleta de dados, evitando assuntos alheios;
- Jamais faça comentários sobre comportamentos, aspectos pessoais e assuntos polêmicos;
- Siga rigorosamente as informações do manual;
- Leia integral e pausadamente todos os enunciados e respostas que estiverem em **NEGRITO**, sem induzir o entrevistado à resposta;
- As alternativas das questões que **NÃO ESTÃO EM NEGRITO, NÃO DEVEM SER LIDAS**;
- Faça todas as perguntas e registre todas as respostas. Não deixe nenhuma pergunta sem resposta.

INICIANDO A ENTREVISTA

Apresentar-se ao morador: dizer o seu nome, mostrar o crachá, explicar que está representando a pesquisa “Sintomas depressivos e fatores associados em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil” e falar brevemente o que deseja, ou seja, que você é o responsável pela realização da entrevista. Explique que as

informações prestadas são de caráter confidencial e que somente os pesquisadores envolvidos farão o manuseio do material.

Caso você perceba alguma dificuldade ou desconfiança do entrevistado ofereça a possibilidade de contato telefônico com a coordenação da pesquisa na UFVJM. Tenha sempre em mãos o telefone de contato do seu supervisor.

Procure realizar a entrevista num ambiente calmo, mínimo de ruídos, de preferência somente com o idoso e que ele esteja confortavelmente acomodado.

Após já estar acomodado na casa do idoso, solicite ao entrevistado a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ENCERRANDO A ENTREVISTA

Informe ao morador que pode haver uma nova visita ou ligação telefônica para confirmação da veracidade de alguns dados.

Agradeça a colaboração do entrevistado.

ATENÇÃO

Se cada entrevistador formular as perguntas com suas próprias palavras, a pesquisa corre o risco de ter informações incorretas. Mesmo que o entrevistador suponha conhecer as respostas de alguma pergunta, o entrevistador não pode dar a resposta pelo entrevistado.

OMITIR A FORMULAÇÃO DE QUALQUER PERGUNTA OU RESPONDER PELO ENTREVISTADO REPERCUTE NEGATIVAMENTE NA QUALIDADE DA PESQUISA.

NÃO SE ESQUEÇA DE QUE, INSERIR INFORMAÇÕES NÃO VERDADEIRAS OU FORJAR QUESTIONÁRIOS, CONFIGURA CRIME DE FALSIFICAÇÃO DE DOCUMENTO PÚBLICO (Art. 297 do Código Penal) OU DE FALSIDADE IDEOLÓGICA (art. 299 do Código Penal), PODENDO RESULTAR EM PENA DE DOIS A SEIS ANOS E MULTA.

CASO SEJA ALUNO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, O ENTREVISTADOR TAMBÉM SERÁ PUNIDO DE ACORDO COM O ESTATUTO DESTA INSTITUIÇÃO.

4. INSTRUMENTO DE COLETA

4.1 BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO

O bloco de identificação estará parcialmente preenchido a lápis, no entanto, não se esqueça de conferir/confirmar todas as informações e, caso seja necessário, corrija as que estiverem incorretas e/ou incompletas. Solicite a carteira de identidade ou outro documento do entrevistado para conferência dos dados.

Número do questionário: Gerado automaticamente.

Estratégia Saúde da Família: _____

ACS: _____

Setor censitário IBGE _____

Nome do entrevistado / Data de nascimento/

Com o documento, confirme o nome completo do entrevistado e data de nascimento. Corrija, caso esteja escrito de forma errada.

Endereço completo

Telefone para contato primeira e segunda opção

Nome do entrevistador: Completar com o nome completo do entrevistador e codificar com o respectivo número.

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

2a visita/ 3a visita (se necessário)

Coloque a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Ex: 05/09/2017.

4.2 BLOCO GERAL

Questão 1: Quem responde?

Anote se quem responde é o próprio idoso ou se será o informante, que é a pessoa que está dando as informações a respeito do idoso a quem se refere o questionário. Deve se considerar que, caso o idoso consiga entender e gesticular, o idoso será o

responsável em responder o questionário. No caso de algumas questões em que notar-se a dificuldade do entrevistado, caso esteja alguém presente para auxiliar o idoso, atente-se a resposta pode ser dada por essa pessoa, ou se trata de alguma questão que só pode ser respondida pelo idoso. Nesse caso registre a questão em particular como "(88) Não se aplica". Só deve ser considerado o informante, se observar grande dificuldade de compreensão e resposta pelo idoso. Se quem responder o questionário for o informante, deve ser verificado o nome e a relação com o idoso.

Questão 2. Sexo do(a) idoso(a):

Apenas observe o sexo do idoso e anote.

Questão 3. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem? (Marcar os anos completos)

Idade em anos completos. Essa informação será gerada automaticamente com o preenchimento da data de nascimento. Caso ocorra algum problema, completar com a idade informada pela pessoa e conferir com data de nascimento que consta no documento de identidade.

Questão 4. Faixa etária em anos.

Não é necessário perguntar ao entrevistado, identifique em qual faixa etária se encontra o idoso e marque.

Questão 5. Neste momento o(a) Sr.(a) está?

Esta questão refere-se ao estado conjugal atual. Marque a resposta do entrevistado(a), lendo todas as alternativas.

Questão 6. O(a) Sr.(a) considera a sua cor da pele, raça ou etnia é:

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale a opção que for mencionada pelo entrevistado. O que deve ser considerado é a escolha do entrevistado. Não interfira nas respostas. Caso o idoso peça explicação, apenas diga para ele se encaixar na resposta que julga mais adequada.

Questão 7. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

Nesta questão a pessoa deve saber ler e também escrever. Caso saiba somente escrever ou somente ler deve ser marcada a alternativa NÃO.

Questão 8. O(a) Sr.(a) estudou na escola?

Caso o entrevistado tenha estudado na escola marcar que sim, independente do tempo em que ele estudou ou do nível de escolaridade que atingiu.

Questão 09. Quantos anos o (a) Sr (a) estudou?

Anote o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Deve-se considerar todos os anos de estudo, seja na escola, supletivo, faculdade, pós-graduação, etc. Se a pessoa não souber, marque (99) “Não sabe ou não quer informar”.

Questão 10. Anos completos de estudo.

Não é necessário perguntar ao entrevistado, identifique quantos anos completos o idoso estudou e marque uma das alternativas.

Questão 11. Cuidador é uma pessoa que fica lhe ajudando nas suas atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. O (a) Sr (a) tem cuidador?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) tem alguém que cuide dele quando está em casa. Esta é uma pergunta subjetiva e muito pessoal que o idoso deve compreender a intenção e responder de acordo com sua opinião. É importante destacar que o idoso pode possuir alguma empregada doméstica, faxineira ou diarista. Nesse caso, procure perceber se além de cuidar da casa, essa pessoa também ajuda a cuidar do próprio idoso, seja no auxílio para alguma atividade (tomar banho, auxiliar a se vestir), seja na supervisão desse indivíduo.

Porém, mesmo que entrevistador perceber que o(a) idoso(a) possui um cuidador, a resposta deve ser assinalada de acordo com a opinião e percepção do idoso.

Questão 12. Quem é seu cuidador principal?

O objetivo dessa pergunta é saber quem é a pessoa que cuida do (a) idoso(a). Anotar a resposta de acordo com a informação dada pelo idoso.

O (a) Sr. (a) mora?

Questão 13 a 18: Marque sim ou não. Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção “(99)”.

Questão 19. Quantas pessoas vivem nesta casa contando com o (a) Sr. (a)?

Serão considerados moradores do domicílio todas as pessoas que nele vivem, contando com o entrevistado. Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção "(99)".

Questão 20. Em relação à sua vida financeira o(a) Sr.(a) tem algum tipo de renda?

Para as pessoas que não possuem nenhum tipo de renda, anotar "(0) Não". Para as pessoas que possuem qualquer tipo de renda (salário, aposentadoria, pensão, aluguel, etc.), anotar "(1) Sim". Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção "(99)".

Questão 21. O(a) Sr.(a) tem algum trabalho remunerado atualmente?

Esta questão é somente respondida se o entrevistado tem algum tipo de renda. Nesta questão, interessa saber se o idoso está trabalhando atualmente e este trabalho gera algum tipo de renda. Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção "(99)".

Questão 22. Recebe aposentadoria?

Esta questão é somente respondida se o entrevistado tem algum tipo de renda. Nesta questão, interessa saber se o idoso recebe algum tipo de aposentadoria própria, em decorrência de seu trabalho. Aposentadoria refere-se ao afastamento remunerado que um trabalhador faz de suas atividades após cumprir com uma série de requisitos estabelecidos em cada país, a fim de que ele possa gozar dos benefícios de uma previdência social e/ou privada. Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção "(99)".

Questão 23. Recebe pensão?

Esta questão é somente respondida se o entrevistado recebe algum tipo de renda. Pensão é o pagamento mensal correspondente ao valor da remuneração ou provento do servidor devido a seus dependentes, a partir da data de seu óbito. Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção "(99)".

Questão 24. Recebe ALGUMA outra renda?

Esta questão é somente respondida se o entrevistado tem algum tipo de renda. Nesta questão, interessa saber se o idoso, além de prestar trabalho, receber aposentaria

e/ou pensão, possui algum outro tipo de renda, proveniente, por exemplo, de aluguel de imóvel, venda de produtos de catálogo ou artesanato entre outros.

Questão 25. Considerando todas as suas fontes de renda, quanto o(a) Sr.(a) recebeu no último mês?

Esta questão é o somatório de todas as rendas que o idoso recebeu no último mês, independente de que tipo de renda foi. Lembre-se que nesta pergunta devem ser incluídas apenas as fontes de renda do próprio idoso. A resposta deverá ser anotada em reais. Lembrete: o salário mínimo atual é de 937,00 reais. Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção "(99)".

Questão 26. Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o (a) Sr.(a)?

Nesta questão deve ficar bem claro que estamos nos referindo à renda recebida no último mês. Interessa saber quantas pessoas, incluindo o entrevistado, dependem da renda recebida. Se for somente o idoso, marcar a opção "(1) Só eu". Se mais pessoas dependerem da renda, anotar a opção com o número de pessoas. Caso a pessoa não saiba ou não queira informar, marque a opção "(99)".

Questão 27. A casa que Sr. (a) vive é?

Marque a opção.

Questão 28. Considerando a renda de todos que moram com o Sr. (a), no último mês qual seria o valor total? (lembrar que inclui salários, pensões, mesadas, aluguéis, bolsas, etc).

Pergunte quantas pessoas da casa receberam salário, aposentadoria ou qualquer outra renda no mês passado. A resposta deverá ser anotada em reais, para cada pessoa que recebeu algum tipo de renda. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana ou salário/quinzenal especifique ao invés de calcular por mês. Não esqueça que a renda se refere ao mês anterior. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento, mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada há mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quanto ganhou neste último mês para obter a renda total.

Questão 29. Comparando quando o(a) Sr.(a) tinha 50 anos, a sua atual situação econômica é:

As opções de resposta desta questão devem ser lidas. A resposta deve estar entre uma das três alternativas apresentadas. Caso o idoso não saiba ou não queira responder, marque a opção "(99)".

4.3 BLOCO SAÚDE MENTAL

DEVE SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO (A).

Inicie o bloco lendo: **AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA.**

Questão 30. Em geral o(a) Sr.(a) diria que a sua memória é:

Leia todas as opções de resposta para o entrevistado. O objetivo da questão é a autoavaliação da memória do entrevistado. Caso ele pergunte qual dimensão específica da memória (esquecer objetos, ou esquecer nome de pessoas), reforce que a questão não é específica, e sim, para a memória de forma geral. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder assinale a opção "(99)".

Questão 31. De uma forma geral, o (a) Sr. (a) diria que seu sono é?

Leia todas as opções de resposta para o entrevistado. O objetivo da questão é a autoavaliação do sono. Caso ele pergunte qual dimensão específica do sono (horas de sono noite, quantas vezes acorda), reforce que a questão não é específica, e sim, para o sono de forma geral. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder assinale a opção "(99)".

AS QUESTÕES 32 A 61 DEVERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) MESMO QUE O INFORMANTE ESTEJA RESPONDENDO. Lembre-se de que o entrevistado não deve receber dicas sobre as respostas.

Questão 32. Que dia do mês é hoje?

Questão 33. Em que mês estamos?

Questão 34. Em que ano estamos?

Questão 35. Em que dia da semana estamos?

Estas questões são para avaliar se o entrevistado sabe em que dia do mês, em que mês, em que ano e dia da semana estamos. Marcar como resposta correta se o entrevistado acertar o dia na questão 32, o mês na questão 33, o ano na questão 34 e o dia da semana na questão 35. Caso a resposta seja incorreta ou o entrevistado disser que não sabe, marque como resposta incorreta. Considere certo caso o entrevistado fale a data ou o mês errado e logo em seguida corrija a informação. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 36. Qual é a hora aproximada?

Esta questão é para avaliar se o entrevistado sabe qual é a hora aproximada. Considerar uma variação de 1 hora para a resposta correta. Caso a resposta seja incorreta, ou o entrevistado disser que não sabe, marque como resposta incorreta. Considere certo caso o entrevistado fale a hora errada e logo em seguida corrija a informação. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 37. Em que local nós estamos?

Esta questão é para avaliar se o entrevistado sabe o local que está (ex.: sala, quarto, varanda). Aponte para o chão, para mostrar a qual local está se referindo. Marcar como resposta correta se o entrevistado acertar o local. Caso a resposta seja incorreta ou o entrevistado disser que não sabe, marque como resposta incorreta. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 38. Que local é este aqui?

Esta questão é para avaliar se o entrevistado sabe o local que está (ex.: apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa). Marcar como resposta correta se o entrevistado acertar o local. Caso a resposta seja incorreta ou o entrevistado disser que não sabe, marque como resposta incorreta. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 39. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.

Estas questões são para avaliar se o entrevistado sabe qual a rua e o bairro que se encontra. Marcar como resposta correta se o entrevistado acertar o nome do bairro e ou nome da rua próxima. Caso a resposta seja incorreta, ou o entrevistado disser que não sabe, marque como resposta incorreta. Considere certo caso o entrevistado fale a rua errada ou o bairro errado e logo em seguida corrija a informação. Lembre-se ainda que, dependendo do bairro, pode haver diferenças entre a definição de bairro fornecida pelo IBGE e a definição de bairro entre os moradores mais antigos do local. Nesta situação considere a resposta correta para ambos os casos. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 40. Em qual cidade nós estamos? Questão 41. Em qual estado nós estamos?

Estas questões são para avaliar se o entrevistado sabe qual a cidade e o estado que se encontra. Marcar como resposta correta se o entrevistado acertar o nome da cidade (questão 40) e o nome do estado (questão 41). Caso a resposta seja incorreta, ou o entrevistado disser que não sabe, marque como resposta incorreta. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 42, Questão 43, Questão 44. Eu vou dizer 3 palavras e o(a) Sr.(a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO.

Dizer as três palavras pausadamente olhando para o idoso e com dicção clara. Para cada uma das palavras que o idoso repetir corretamente, independentemente de estarem na mesma ordem seguida pelo entrevistador, marcar como resposta correta. As repetições que foram erradas, marcar como resposta incorreta. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não entenda a primeira repetição das palavras pelo entrevistador, o mesmo poderá repetir mais duas vezes. Ou seja, o entrevistador pode repetir até três vezes as três palavras para que o avaliado consiga iniciar a sua resposta. Ressalta-se que depois que o avaliado iniciar a repetição das palavras, mesmo falando uma palavra errada, não há possibilidade de outra tentativa. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão. O(a) Sr.(a) faz contas?

Questão 45 a 49. Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se retirarmos mais 7 reais, quanto resta?

Esta questão conta de 5 subtrações seriadas, iniciando com a subtração de 7 de um valor de 100. Se o resultado desta subtração for errado, marque a opção resposta incorreta, corrija-o e prossiga. Caso o idoso desejar, é permitido fazer as subtrações utilizando os dedos. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 50 - 52. O(a) Sr.(a) poderia repetir as três palavras que disse há pouco?

Esta questão refere-se às palavras CARRO, VASO E TIJOLO. Para cada palavra que o entrevistado recordar corretamente, independentemente de estarem na mesma ordem seguida pelo entrevistador, marcar como resposta correta, caso contrário marque resposta incorreta. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 53 e Questão 54. Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com a caneta.

Mostre ao entrevistado um relógio de pulso e pergunte que objeto é este. Se a resposta for um relógio, marque como resposta correta. Caso responder qualquer outra palavra ou disser que não sabe, marque como resposta incorreta. Após a solicitação do relógio, mostre uma caneta ao entrevistado e pergunte que objeto é este. Se a resposta for uma caneta, marque como resposta correta. Caso responder qualquer outra palavra ou disser que não sabe, marque como resposta incorreta.

Os objetos utilizados devem obrigatoriamente ser um relógio e uma caneta; a utilização de outros objetos pode comprometer a validade do estudo.

Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque "(99)".

Questão 55. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que o(a) Sr.(a) a repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

A frase deve ser pronunciada pausadamente com o entrevistador olhando para o idoso e com dicção clara. O entrevistado deve repetir a frase logo depois do entrevistador terminar de pronunciá-la. Marque como resposta correta, somente se a

repetição for perfeita, sem nenhum erro na repetição. Se houver algum erro, marque como resposta incorreta. Não há necessidade de confirmar ao entrevistado se está correto ou não, apenas passe ao próximo item. Caso o entrevistado não queira responder, marque “(99)”.

Questão 56 a 58. Estas 3 questões referem-se ao seguinte texto: Por favor, pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.

Considere acerto a realização de cada etapa pedida. O entrevistador deve fornecer o primeiro comando (pegue este papel com a mão direita) e o idoso deve realizá-lo. Logo em seguida o entrevistador dará o segundo comando (dobre ao meio); assim que realizado este comando o entrevistador deve ler o próximo passo (coloque-o no chão). No primeiro comando o idoso deve pegar o papel da mão do entrevistador já com a mão direita. Se esta etapa não for feita desta maneira, considerar como resposta incorreta. A seguir, o entrevistado deve dobrar o papel ao meio (o papel pode ser dobrado tanto na largura como na altura), se for realizado desta maneira, considere a resposta correta. Também é considerada resposta correta se o idoso dobrar o papel ao meio mais de uma vez (na altura e em seguida na largura, por exemplo). Por último, o entrevistado deve colocar o papel no chão; se for realizada mais esta etapa, considere resposta correta. Qualquer erro nestas três etapas deve ser considerado como resposta incorreta.

Não mostre como se faz. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas. Caso o entrevistado não queira responder, marque “(99)”.

Questão 59. Por favor, faça o que está escrito aqui. “Feche os olhos”

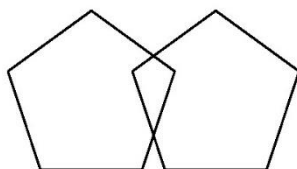
Caso a pessoa seja analfabeta nesta pergunta deve ser marcada a opção “(0) resposta errada” e não deve ser realizada. Mostre o cartão com a seguinte ordem: “FECHE OS OLHOS”. A pessoa deve fechar os olhos para a resposta ser considerada correta, caso contrário será considerado incorreto.

Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. Pergunte antes se a pessoa está enxergando bem ou se precisa colocar os óculos. Caso o entrevistado não queira responder, marque “(99)”.

Questão 60. Peça-lhe para escrever uma frase.

Caso a pessoa seja analfabeta, nesta pergunta deve ser marcada a opção “(0) resposta errada” e não deve ser realizada. Entregue um papel a pessoa e solicite que a mesma escreva uma frase. A frase necessita ter sentido, para ser considerada como resposta correta. Se o idoso não compreender o que precisa fazer ajude-o com: “escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim; ou alguma coisa que queira dizer ou alguma coisa que aconteceu hoje”. Caso o entrevistado não queira responder, marque “(99)”.

Questão 61. Copie este desenho:



Haverá um cartão com o desenho acima. O desenho feito pelo entrevistado deverá constar de 2 figuras com 5 lados cada uma delas, e uma intersecção entre as duas, para ser considerado resposta correta. Se constar menos de 5 lados, ou sem a intersecção, será considerado resposta errada. Caso o entrevistado não queira responder, marque “(99)”.

Questão 62. Score de valor do Mini Exame de Estado Mental

Realize a soma das questões 32 a 61 e anote o valor.

QUESTIONÁRIO – HUMOR (Geriatric Depression Scale GDS)

DEVE SER RESPONDIDO SOMENTE PELO IDOSO.

As questões a seguir, questão **63 a 77**, fazem parte do questionário sobre sintomas depressivos. As questões devem ser lidas seguidas das opções de resposta sim e não. Não há necessidade de explicar nenhuma das questões. Se houver necessidade, repita a questão para o entrevistado. Caso o entrevistado reclame da falta de uma opção intermediária, instrua-o a responder de acordo com o sentimento mais prevalente na sua vida diária. Lembre que a segunda questão é complementar à

primeira. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 78. Score de avaliação do Geriatric Depression Scale 15

Para realização do cálculo efetue a soma das respostas em negrito das questões 63 - 77 do GDS 15.

PARA VALORES DE GDS 15 MAIORES QUE 5, DEVE SER PREENCHIDO A FOLHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ENTREVISTADO.

Questão 79. Score de avaliação e interpretação da Geriatric Depression Scale 15

Marque a alternativa levando em consideração o valor do somatório da questão 78.

Questão 80. Presença de sintomas depressivos graves de acordo com score da Geriatric Depression Scale 15

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS SINTOMAS DEPRESSIVOS

DEVERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO (A)

PARA ESCLARECIMENTO AO IDOSO. **ALGUNS EXEMPLOS DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS MAIS FREQUENTES ENTRE OS IDOSOS SÃO: HUMOR DEPRIMIDO, PERDA DE INTERESSE, REDUÇÃO DO APETITE, PERTURBAÇÃO DO SONO, DIMINUIÇÃO DA ENERGIA, SENTIMENTO DE CULPA, FALTA DE CONCENTRAÇÃO E PENSAMENTOS SOBRE MORTE.**

Questão 81. O(a) Sr.(a) percebe atualmente a presença dos sintomas depressivos em sua vida? Questão 82. Atualmente, esses sintomas estão presentes na maior parte do dia? Questão 83. O(a) Sr.(a) já percebeu a presença dos sintomas depressivos em outros momentos da sua vida?

As questões 81 A 83 referem-se especificamente à percepção do idoso a respeito dos sintomas depressivos mais comuns. Leia o esclarecimento da questão e dê os exemplos apresentados. Depois disso, peça ao idoso que responda sim ou não. Caso o idoso não queira ou não saiba responder, marque "(99)".

QUESTÃO 84 A 87. O que o(a) Sr.(a) faz (fez) para amenizar os sintomas depressivos nos seu dia a dia?

Leia todas as opções de resposta para o idoso e marque todas as opções que ele afirmar que faz (ou fez) uso para amenizar os sintomas depressivos no seu dia a dia. Nessa questão é permitido marcar mais de uma opção de resposta.

Para a opção terapias alternativas considere àquelas que o idoso considere como acupuntura, florais, fitoterápicos (ervas). Para a opção sobre as atividades oferecidas pelo CAPS E Centro de Saúde, considere todas as atividades de tratamento alternativo (grupos terapêuticos, oficinas, etc).

Caso o idoso não queira ou não saiba responder, marque "(99)".

4.4 BLOCO SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA

A QUESTÃO 88 DEVE SER RESPONDIDA APENAS PELO(A) IDOSO(A).

Questão 88. Em geral o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é:

Leia as opções de resposta para o entrevistado. O objetivo da questão é a autoavaliação de saúde do entrevistado. Caso o entrevistado pergunte a que dimensão específica de saúde a questão se refere (física ou mental), reforce que a questão não é específica para uma das dimensões. Questione sobre a opinião do entrevistado sobre sua própria saúde de forma geral. Caso o idoso não queira ou não saiba responder, marque "(99)".

Questão 89. O(a) Sr.(a) fuma ou fumou cigarros?

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma 1 ou mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês. Se o(a) entrevistado(a) parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 90. Por quantos anos o(a) Sr.(a) fumou?

Esta questão é somente para quem fumou e parou de fumar. Preencher com o número de anos que o entrevistado fumou. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 91. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fumava por dia?

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 92. Há quantos anos o(a) Sr.(a) parou de fumar?

Preencher com o número de anos que o entrevistado está sem fumar. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 93. Há quantos anos o(a) Sr.(a) fuma?

Esta questão será respondida somente por quem fuma. Preencher com o número de anos que fuma. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 94. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por dia?

Questão também para fumantes. Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 94.1 Qual a sua vontade (desejo de fumar)?

Questão também para fumantes. Preencher com a resposta do desejo que o entrevistado sente para fumar atualmente. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 94.2 – O Sr. (a) tem vontade de parar de fumar?

Questão também para fumantes. Preencher com a resposta que o entrevistado sente para parar de fumar atualmente. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

As questões **95 a 97** são sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Não mostre nenhum sinal de aprovação ou desaprovação, riso ou desdém quando das respostas.

As explicações nas perguntas devem ser seguidas de uma descrição dos tipos de bebidas alcoólicas que são geralmente mais consumidas no país ou na região em que o paciente vive (exemplos de bebidas alcoólicas: vinho, cerveja, vodka, pinga, etc.). Se necessário, explique quais as bebidas que não são alcoólicas (refrigerantes, cervejas sem álcool, etc.).

As instruções dadas aos idosos devem também clarificar o significado da "dose padrão", já que as questões 96 e 97 referem-se a "doses consumidas". É importante

mencionar quais são as bebidas mais consumidas e a quantidade desta bebida que equivale a uma dose (aproximadamente 10gr. de etanol puro), para isso você deve utilizar a planilha com os exemplos de doses.

Questão 95.2. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

O entrevistado deverá escolher uma das alternativas referentes à frequência de consumo de bebidas alcoólicas. Leia todas as opções de resposta e assinale a que o entrevistado responder. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 96. Quantas doses de álcool o(a) Sr.(a) toma normalmente ao beber? (ANEXO - QUADRO DE EQUIVALÊNCIA DE DOSE PADRÃO).

Nesta questão, o entrevistado deverá responder sobre a quantidade que bebe normalmente. Caso o entrevistado fique com dúvida ou não souber precisar o número de doses, o entrevistador deve utilizar o quadro de equivalência de dose padrão e escolher a opção que melhor descreve o que relata o entrevistado.

Questão 97. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma cinco ou mais doses de uma vez? (VER QUADRO DE EQUIVALÊNCIA DE DOSE PADRÃO SE ACASO NÃO LEMBRAR)

O entrevistado também deverá escolher uma das opções com base no quadro ou no álbum. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

4.5 BLOCO DA FUNCIONALIDADE GLOBAL

Questão 98. O (A) SR. (a) frequenta algum grupo religioso?

Caso o entrevistado tenha dúvida sobre o que é considerado um grupo religioso você poderá instruí-lo que grupo religioso pode estar relacionado com locais de oração, igrejas, cultos, reuniões, terreiros e outros locais onde se desenvolvam práticas religiosas diversas. Leia a questão e aguarde a resposta. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

99 - Com que frequência o (a) Sr. (a) participa do seu grupo religioso? (considere missa, culto ou outras práticas religiosas).

Marque a opção correspondente a frequência sinalizada pelo entrevistado.

99.1 – O Sr. (a) frequenta algum grupo de convivência? Exemplo de grupos de convivência: Os desenvolvidos nos Centros de Saúde, Associação de Bairro, CRAS.

Caso o entrevistado tenha dúvida sobre o que é considerado um grupo de convivência você poderá instruí-lo que grupo de convivência ou centros de convivência realizam atividades variadas, predominando as de cunho recreativo e social. O local de encontro pode ser em uma instituição religiosa, mas o foco é o desenvolvimento de atividades recreativas, de interação e socialização (bingo, oficinas de artesanatos, palestras, atividades físicas e recreativas, dentre outras). Leia a questão e aguarde a resposta. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

99.2 - Com que frequência o (a) Sr. (a) participa do grupo de convivência?

Marque a opção correspondente a frequência sinalizada pelo entrevistado.

USO DA INTERNET E E-MAIL

Questão 100. O(a) Sr.(a) usa a internet ou e-mail?

Lembre-se que esta questão é referente ao uso da internet e não apenas ao acesso ao computador para outras atividades que não exijam o uso da internet. Considere o uso atual ou anterior (passado). O uso do computador exclusivamente para jogos (exemplo: paciência) não deve ser considerado. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 101. Em média, quantas vezes o(a) Sr.(a) usa a internet ou e-mail? Marque somente uma resposta.

Leia todas as opções de resposta e marque a opção indicada. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 102 – O (a) Sr. (a) consegue usar sozinho o telefone fixo ou o celular para fazer ligações ou mandar mensagens de texto?

Leia todas as opções de resposta e marque a opção indicada. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

As questões 103 a 108 são perguntas sobre a capacidade de realizar algumas atividades do dia a dia, quanto a independência ou dependência funcional quanto as seguintes atividades: tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se. As questões poderão ser respondidas pelo idoso(a) ou pelo informante.

Para cada área de funcionamento listada deve ser assinalada a descrição que se aplica (a palavra "ajuda" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal. Caso o entrevistado não compreenda alguma pergunta, o entrevistador poderá explicar).

Questão 109 - Score de avaliação da Escala de Katz (somatório das questões 103 a 108).

Realize a soma das respostas assinaladas.

As questões 110 a 118 são perguntas sobre algumas atividades e tarefas do dia-a-dia. Solicite que o entrevistado responda as perguntas, levando em consideração se consegue desenvolver a atividade sem ajuda, com ajuda parcial ou não consegue.

As questões de 119 a 133 referem-se ao enunciado: **Agora eu vou perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia-a-dia. Por favor, diga sinceramente se consegue fazer cada coisa sem nenhuma dificuldade, com pouca dificuldade, com muita dificuldade ou não consegue fazer.** O objetivo deste bloco de perguntas é saber se o(a) idoso(a) recebe ajuda de alguém para realizar atividades da vida diária.

Para cada pergunta, há quatro opções de respostas, que já são lidas no enunciado: realiza sem nenhuma dificuldade, realiza com pouca dificuldade, realiza com muita dificuldade, não realiza. Ao ler o enunciado ao entrevistado, deve-se ler com calma todas as opções de resposta.

Caso o entrevistado mencionar que não realiza tal atividade porque tem alguém encarregado para tal, peça que ele responda com base em "mas caso o senhor(a) precisasse realizar...".

O entrevistado realiza sem **nenhuma dificuldade** (0) deve ser assinalado quando o entrevistado faz sozinho, sem a ajuda de ninguém e com tranquilidade. Ao apresentar um **pouco de dificuldade** para a realização da tarefa, a opção (1) deve ser assinalada. Lembre-se que caso o entrevistado consiga realizar a atividade sozinho(a), mas despende um tempo demasiadamente longo para, que coloca em risco o bom desempenho da mesma, se enquadrará na opção (1). Já quando o idoso falar que apresenta **muita dificuldade** para realizar a tarefa sozinho, a opção (2) com muita dificuldade, deve ser assinalada. Entretanto, se o entrevistado disser que **não realiza sozinho**, que necessita de alguém para realizar, a opção (3) deverá ser assinalada.

Se o entrevistado mencionar que não sabe se tem dificuldade ou não para a realização da tarefa, ou não quiser responder assinalar a opção "(99)".

4.6 BLOCO SOBRE QUEDAS

Antes de iniciar as perguntas do bloco de quedas, esclareça para o idoso(a) e informante que uma queda é qualquer tombo que o (a) Sr. (a) tenha sofrido, mesmo que isso NÃO tenha causado nenhum tipo de ferimento ou outro problema qualquer.

As questões **134 a 135** referem-se as quedas ocorridas no último ano. A questão 136 está relacionada a procura de serviço de saúde em decorrência das queda(s). Assinale as respostas correspondentes.

Questão 137. O(a) Sr.(a) sabe me dizer quando ocorreu sua última queda (data aproximada)?

O entrevistador deverá registrar o mês e o ano auxiliando lembrar da data (perguntando se não foi perto de alguma data comemorativa, por exemplo). Essa questão também deve ser usada para verificar se realmente a queda mencionada ocorreu nos últimos 12 meses. Caso você perceba que a queda que o entrevistado se refere ocorreu há mais tempo, refaça a pergunta para certificar-se da resposta. E, caso a afirmação proceda, retorne para a questão 134 marque a opção "(0) Não". Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 138. Em que lugar aconteceu a queda?

Leia todas as opções de resposta para o entrevistado.

(1) **Dentro de casa. Onde?** Neste caso considere qualquer cômodo dentro de casa como por exemplo, quarto, sala, cozinha, área de serviço, corredor, banheiro, área.

Não se esqueça de especificar o local.

(2) **Na rua – perto de casa.** Caso o entrevistado fique em dúvida com a proximidade do local da casa em relação a residência dele, considere perto da casa lugares onde o idoso consiga chegar caminhado em aproximadamente 15 minutos.

(3) **No pátio/jardim.** Neste caso considere apenas no pátio ou jardim da própria casa, caso a queda tenha ocorrido no pátio ou jardim de outra residência, a opção a ser marcada deve ser outro (6) especificando-se o local e também que não foi na casa do entrevistado. Por exemplo: Jardim da igreja.

(4) **Na rua - longe de casa.** Considere longe de casa lugares que exigem mais de 15 minutos de caminhada para que o idoso consiga chegar.

(5) **Outro. Qual?** Considere outro local como qualquer lugar que não se encaixe nas alternativas anteriores. Não se esqueça de escrever o local adequadamente, por exemplo, caso o idoso tenha caído em um banheiro que não seja na sua casa, especifique que a queda ocorreu em um banheiro na casa da filha; ou no ônibus, etc.

Questão 139. O que o(a) Sr.(a) estava fazendo no momento da queda:

Leia todas as opções de resposta para o entrevistado.

(1) **Caminhando.** Considere como caminhado tanto atividades de deslocamento de um local para o outro (de casa para a padaria, por exemplo) como atividades de deslocamento dentro de casa, de um cômodo para o outro, por exemplo.

(2) **Descendo escada.** Considere como descendo escada também para o caso de descendo algum degrau. Esta opção também se aplica para escadas dentro e fora de casa.

(3) **Subindo escada.** Considere como subindo escada também para o caso de estar subindo algum degrau. Esta opção se aplica tanto para escadas dentro como fora de casa.

(4) **Atividade doméstica.** Considere atividade doméstica qualquer atividade realizada com o intuito de arrumar, organizar ou limpar a casa, por exemplo, varrendo, passando roupa, lavando roupa/louça, organizando armários, limpando/organizando roupeiros, lavando o banheiro, estendendo roupa, limpando vidraças/janelas, etc...

(5) **Tomando banho.** Considere quedas durante o banho caso estas tenham ocorrido dentro da área de banho do banheiro.

(6) **Outra. Qual?** Considere a queda durante outra atividade caso esta não esteja contemplada em nenhuma das alternativas anteriores. A queda ocorrida durante a prática de atividade física (em uma aula de ginástica, por exemplo) deverá ser registrada nessa opção. Lembre-se que, caso você fique em dúvida sobre o enquadramento da resposta em algumas das alternativas anteriores você poderá enquadrar a resposta nesta alternativa explicando exatamente qual a atividade estava sendo realizada no momento da queda. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 139.1 Após a queda por quanto tempo o(a) Sr.(a) permaneceu no chão?

Considere o tempo (minutos) aproximado que o idoso permaneceu no chão. Caso o entrevistado mencione que foi muito rápido preencha com a informação “menos de um minuto”. Se acaso o idoso mencionar que permaneceu por horas, faça a transformação de horas para minutos. Ex: O idoso permaneceu uma hora e meia no chão. Então, ele permaneceu 90 minutos.

Questão 140. Como a queda ocorreu?

Leia todas as alternativas, se nenhuma das opções se enquadrar na forma como ocorreu a queda descreva de forma clara utilizando a opção “(8) Outras. Quais?”. Caso mais de uma opção se enquadre, marque o que aconteceu primeiro. Por exemplo: Caiu porque se sentiu tonto e com isso tropeçou em algo. Em situações similares, o correto seria assinalar a opção “(1) Sentiu-se tonto”. Caso você fique em dúvida sobre qual opção marcar, descreva como a queda ocorreu utilizando a opção “(8) Outras. Quais?”. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 141. Algum outro fator motivou a queda? Como:

Lei todas as opções de resposta. Caso seja mencionado mais de um fator indague o entrevistado sobre qual foi o principal, este deve ser marcado no questionário.

(1) **Tapete.** Enquadra-se para o caso de algum tapete solto ou escorregadiço ter facilitado a queda.

(2) **Má iluminação.** Para o caso da falta de iluminação ou iluminação com defeito (piscando) ter facilitado a queda.

- (3) **Irregularidade no chão.** Como por exemplo, pisos esburacados e/ou irregulares, escorregadios.
- (4) **Calçado inapropriado.** Por exemplo, calçados muito grandes que não fixam no pé, calçados escorregadiços, saltos altos que facilitaram a queda, calçado com o solado solto.
- (5) **Piso molhado.** Piso molhado ou umedecido, independente do motivo (chuva, limpeza, vazamento).
- (6) **Outros. Quais?** Se o entrevistado relatar algum fato que não conste nas alternativas e também para o caso de você ficar em dúvida sobre como enquadrar-se o fato em um das opções anteriores. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 141.1 Esta queda teve alguma consequência?

Caso o idoso mencione "(0) Não" pule para a questão **142**, se o idoso responder afirmativamente leia as opções das questões **141.2** a **141.7** e marque sim ou não, para cada uma das opções. **Em caso de resposta afirmativa, indague sobre qual parte do corpo ocorreu a lesão e especifique o local no espaço disponível. Se a mesma lesão tiver ocorrido em mais de um local do corpo descreva todos eles.** Quando a resposta do idoso não se enquadrar em nenhuma das questões anteriores, ou caso fique em dúvida, use a questão **141.7** para especificar a lesão e local do corpo.

Questão 142. O(a) Sr.(a) teve que restringir ou diminuir suas atividades diárias normais por causa da queda?

Assinale a opção "(1) Sim" caso o idoso tenha parado de executar alguma tarefa que este desenvolvia antes da queda, ou tenha tido que diminuir a intensidade desta. Por exemplo, caso o idoso tenha se ferido e em virtude da queda, e devido ao ferimento ficou impedido de fazer, ou teve que diminuir a realização dos afazeres domésticos e/ou cuidados pessoais. Especifique o tempo aproximado pelo qual isso aconteceu, por exemplo, 15 dias, uma semana. Caso o idoso não saiba ou não queira informar marque a opção "(99)".

Questão 143. O(a) Sr.(a) tem medo de cair novamente?

Tendo em vista a subjetividade desta questão, ela deve ser respondida única e exclusivamente pelo idoso, pois é referente a percepção do próprio idoso. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

4.7 BLOCO ATIVIDADE FÍSICA E AMBIENTE (BAIRRO)

Para começar as perguntas sobre atividade física introduza o assunto: **“Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física o(a) Sr.(a) faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr.(a) gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL/HABITUAL. Lembre-se que atividade física é todo e qualquer movimento corporal.**

Para responder essas perguntas você deve saber que:

ATIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido que o normal.

ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS são as que exigem algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais rápido que o normal.

Lembre ao entrevistado que em todas as perguntas sobre atividade física, é para ele(a) responder somente sobre aquelas que duram pelo menos 10 minutos contínuos.

As questões 144 a 147 se referem somente à forma típica como o entrevistado se desloca (caminha ou pedala) para ir de um lugar a outro em uma semana normal/habitual, incluindo ir ao supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, cinema, lojas, trabalho e outros. Por favor, lembre o entrevistado que ele não deve incluir atividades que ele faz nos momentos de lazer e que ele deve relatar apenas as atividades que ele realiza por **pelo menos 10 minutos contínuos.**

Questão 144. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) anda de bicicleta para ir de um lugar para outro por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício).

Quando o entrevistado anda de bicicleta por menos de 10 minutos, esta não deve ser considerada. Nesta pergunta lembre ao entrevistado que ele inclua apenas andar de bicicleta como forma de se locomover de um lugar a outro, e não incluir andar de bicicleta como exercício ou lazer. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número

de dias que ele andou de bicicleta, considere o menor número referido. Por exemplo: Se o entrevistado disser “Talvez três ou quatro dias”, nesse caso, considere como resposta três dias.

A codificação zero (0) deve ser preenchida quando a resposta for “nenhum”. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

A codificação deve ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos.

Questão 145. Nos dias que o(a) Sr.(a) pedala para ir de um lugar para outro quanto tempo no total você pedala POR DIA?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para andar de bicicleta. Se o entrevistado responder “em média ando 30 minutos” considere, neste caso, o tempo de 30 minutos. Se o entrevistado responder: “Pedalo por uns 30 ou 40 minutos”. Neste caso, considere o menor tempo referido. A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado anda de bicicleta por dia. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 146. Quantos dias durante uma semana normal o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar para outro, como: ir ao trabalho, supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício).

Como a introdução à pergunta é grande, a pessoa pode se desligar da questão. Se você perceber necessidade, repita a pergunta. As caminhadas que durem menos de 10 minutos não devem ser consideradas. Nesta pergunta lembre ao entrevistado que ele inclua apenas as caminhadas como forma de se locomover de um lugar a outro, e **não incluir as caminhadas como exercício ou lazer**. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou caminhadas, considere o menor número referido. Por exemplo: Se o entrevistado disser “Talvez três ou quatro dias”, nesse caso, considere como resposta três dias.

A codificação zero (0) deve ser preenchida quando a resposta for “nenhum”. Caso o entrevistado não saiba responder codifique a pergunta com “(99)” Não sabe ou não quer informar.

A codificação deve ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado caminha por pelo menos pelo menos 10 minutos contínuos.

Questão 147. Nos dias que o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício).

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as caminhadas. Se o entrevistado responder “em média faço 30 minutos” considere, neste caso, o tempo de 30 minutos, codificando com “030” minutos p/dia. Se o entrevistado responder: “Caminho uns 30 ou 40 minutos”. Neste caso, considere o menor tempo referido. A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado caminha por dia. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

As questões 148 a 153 se referem somente às atividades físicas que o entrevistado fez em uma semana normal/habitual unicamente por lazer, recreação, exercício e/ou esporte. Lembre-o de relatar somente as atividades físicas que ele faz por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS e que ele não deve relatar ATIVIDADES QUE ELE JÁ TENHA CITADO.

Questão 148. Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr.(a) tenha citado anteriormente, em quantos dias durante uma semana normal, o(a) Sr.(a) CAMINHA no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos?

Pelo fato de que a introdução à pergunta é grande, a pessoa pode se desligar da pergunta. Se você perceber necessidade, repita a pergunta. As caminhadas que durem menos de 10 minutos não devem ser consideradas. Nesta pergunta lembre ao entrevistado que ele inclua apenas as caminhadas como forma de exercício, ou que ele faz no seu tempo livre (lazer). Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou caminhadas, considere o menor número referido. Por exemplo: Se o entrevistado disser “Talvez três ou quatro dias”, nesse caso, considere como resposta três dias.

A codificação zero (0) deve ser preenchida quando a resposta for “nenhum”. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”. A codificação

deve ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado caminha por pelo menos 10 minutos contínuos.

Questão 149. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminha no seu tempo livre/lazer, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as caminhadas. Se o entrevistado responder “em média faço 30 minutos” considere, neste caso, o tempo de 30 minutos/dia. Se o entrevistado responder: “Caminho uns 30 ou 40 minutos”. Neste caso, considere o menor tempo referido. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 150. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades MODERADAS no seu tempo livre, como por exemplo: ginástica, hidroginástica, jogar voleibol recreativo, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos?

Atividades moderadas são exatamente o que está dito na pergunta “que fizeram o(a) Sr.(a) suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração”. NÃO IMPORTA SE ESTÃO CITADAS NOS EXEMPLOS OU NÃO. Só devem ser contadas as atividades que duraram pelo menos 10 minutos contínuos, sem interrupções.

AS CAMINHADAS NÃO DEVEM SER CONTADAS nesta pergunta. Se você perceber que o entrevistado está contando as caminhadas, lembre-o que neste momento não importam os minutos de caminhada.

Se o entrevistado citar atividades diferentes dos exemplos ou mesmo parecer em dúvida se a atividade que ele fez é uma atividade moderada, faça a seguinte pergunta: esta atividade fez você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração? Se permanecer a dúvida, anote a resposta e traga para debater com seu supervisor.

A codificação 0 deverá ser preenchida quando a resposta for nenhum.

Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado realiza atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos.

Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades moderadas, considere o menor número referido.

Questão 151. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as atividades moderadas. Se o entrevistado responder “em média faço 30 minutos” considere, neste caso, o tempo de 30 minutos/dia. Se o entrevistado responder: “Caminho uns 30 ou 40 minutos”. Neste caso, considere o menor tempo referido. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 152. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades VIGOROSAS no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, enfim, esportes em geral, por pelo menos 10 minutos contínuos?

Atividades vigorosas são exatamente o que está dito na pergunta “que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração”.

NÃO IMPORTA SE ESTÃO CITADAS NOS EXEMPLOS OU NÃO.

Só devem ser contadas as atividades que duraram mais por pelo menos 10 minutos contínuos, sem interrupções.

AS CAMINHADAS NÃO DEVEM SER CONTADAS nesta pergunta. Se você perceber que o entrevistado está contando as caminhadas, lembre-o que neste momento não importam os minutos de caminhada.

Se o entrevistado citar atividades diferentes dos exemplos ou mesmo parecer em dúvida se a atividade que ele fez é uma atividade forte, faça a seguinte pergunta: - esta atividade fez você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração? Se permanecer a dúvida, anote a resposta e traga para debater com seu supervisor.

Marque a opção zero (0) quando a resposta for “nenhum”. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

A codificação deve ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado faz atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos.

Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realiza atividades vigorosas, considere o menor número referido.

Questão 153. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as atividades vigorosas. Caso o entrevistado tenha respondido nenhum na questão acima, codifique esta questão com "(88)" Não se aplica. Se o entrevistado responder "em média faço 30 minutos" considere, neste caso, o tempo de 30 minutos/dia. Se o entrevistado responder: "Caminho uns 30 ou 40 minutos". Neste caso, considere o menor tempo referido. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 154. Nos últimos três meses, qual foi o principal tipo de atividade física ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou no seu tempo livre/lazer? Anotar apenas o primeiro citado.

Nesta pergunta estamos interessados em saber qual o principal tipo/modalidade de atividade física que o entrevistado pratica no seu tempo livre, para fins de lazer ou exercício físico. O entrevistador deve fazer a pergunta, não leia as opções de resposta e aguarde o entrevistado. Registre a primeira opção dada sendo permitida somente uma opção de resposta. Caso o entrevistado apresente várias opções de resposta, peça que ele destaque a principal atividade que ele pratica. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 155. Qual é o principal local que o(a) Sr.(a) utiliza para realizar as atividades físicas no seu tempo livre/lazer? (Ler as opções de resposta e anotar apenas uma alternativa).

O entrevistador deve ler a pergunta e deve ler **TODAS** as opções de respostas e após a leitura solicitar que o entrevistado indique o **PRINCIPAL LOCAL** que ele utiliza para praticar atividade física. Caso o entrevistado apresente várias opções de resposta, solicite que ele destaque o principal local que utiliza. Nessa questão é permitida **somente uma opção de resposta**.

Questão 156. Qual o principal motivo que levou ou levaria o(a) Sr.(a) a iniciar um programa de atividade física?

O entrevistador deve enquadrar a resposta do(a) idoso(a) conforme as opções disponíveis. Caso o(a) idoso(a) apresente várias opções de resposta, peça que ele destaque aquela que é a mais importante (PRINCIPAL MOTIVO). Nessa questão é

permitida **somente uma opção de resposta**. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

Questão 157. Qual o principal motivo que levou ou levaria o(a) Sr.(a) a desistir de um programa de atividade física?

O entrevistador deve enquadrar a resposta do(a) idoso(a) conforme as opções disponíveis. Caso o(a) idoso(a) apresente várias opções de resposta, peça que ele destaque aquela que foi a mais importante para sua desistência (PRINCIPAL MOTIVO). Nessa questão é permitida **somente uma opção de resposta**. Marque "(99)" caso ele não saiba ou não queira informar.

Questão 158. Qual é o principal tipo de transporte que o(a) Sr.(a) utiliza?

Nesta questão estamos interessados em saber o principal tipo de transporte que o entrevistado utiliza. **O entrevistador deve ler a pergunta e todas as opções de respostas** e após a leitura fazer a solicitação que o entrevistado indique o **PRINCIPAL TIPO** de transporte que o entrevistado utiliza. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção "(99)".

AMBIENTE

As questões do bloco de ambiente são relacionadas à opinião/percepção do entrevistado acerca dos componentes do ambiente comunitário (bairro) no qual ele mora relacionados à atividade física, e incluem desde aspectos físicos, até problemas com violência na região. As opções de resposta são: sim e não. Deixe bem claro para o entrevistado considerar como perto de sua casa todos os locais que eles consegue chegar em até 15 minutos caminhando.

Inicie esta sessão lendo o cabeçalho informativo: As próximas perguntas se referem a informações sobre a maneira que o(a) Sr.(a) percebe ou pensa sobre o seu bairro. Nas perguntas, sempre que eu disser "perto de sua casa", me refiro a sua vizinhança, lugares para os quais o(a) Sr.(a) consegue ir caminhando em 15 minutos ou menos.

Questão 159. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora nesse bairro?

Registre o número de meses e anos que o entrevistado informar que reside no bairro. Caso o entrevistado não saiba exatamente o tempo, o entrevistador poderá solicitar o

tempo aproximado. Caso o entrevistado não queira ou não saiba informar, marque “99”.

AS QUESTÃO 160 A 182 DEVERÃO RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)

As questões de 160 a 182 apresentam um bloco sobre comércio, lojas, estabelecimentos, espaços públicos e outros locais perto de sua casa, isto é, a menos de 15 minutos a pé de onde o entrevistado mora. Leia todas as opções de resposta, aguarde e registre a resposta do entrevistado. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Questão 165. Existem academias/equipamentos para atividade física ao ar livre (Academia da Terceira Idade), perto de sua casa?

O entrevistador deve explicar ao entrevistado que as academias da terceira idade são aqueles equipamentos de ginástica destinados a alongar e fortalecer a musculatura que estão localizados ao ar livre em diversos pontos da cidade, como algumas praças e parques. As opções de resposta são sim ou não. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

Para as questões **166 a 167**, as opções de resposta são sim e não. As opções de resposta são sim ou não. Caso o entrevistado não saiba responder, marcar “(99)” Não sabe ou não quer informar.

Para as questões **168 a 182**, o entrevistador deve ler a pergunta e aguardar a resposta do entrevistado. As opções de resposta são sim ou não. O entrevistador deve lembrar o entrevistado para considerar perto de sua casa todos os locais que ele consegue ir em até 15 minutos caminhando. Caso o entrevistado não saiba responder ou não queira informar, marcar “(99)”.

4.8 BLOCO MORBIDADES

ATENÇÃO: em **NENHUM MOMENTO** o entrevistador **FARÁ DIAGNÓSTICO** a partir de sinais e sintomas referidos pelo entrevistado. A ocorrência ou não de cada doença deve ser caracterizada apenas quando o entrevistado confirmar que um médico ou outro profissional de saúde referiu a informação a ele.

Para as questões **183 a 197** aplica-se o mesmo cabeçalho: **Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem/teve...**

Para todas as essas questões as respostas “(0) Não”, “(1) Sim” e “(99) Não sabe ou não quer informar” devem ser utilizadas para as seguintes situações:

(0) **Não** – para a pessoa que nunca ouviu de médico ou outro profissional de saúde que tinha ou tem o problema/doença referida.

(1) **Sim** – para a pessoa que responder já ter ouvido de um médico ou profissional de saúde que teve ou ainda tem o problema/doença referida.

(99) **Não sabe ou não quer informar** – para a pessoa que não conseguir responder a pergunta ou não quer informar.

Para as questões **198** e **199**, as opções de resposta são sim ou não. Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque “(99)”.

Questão 200 - Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)?

Marque a alternativa respondida pelo entrevistado. Caso a resposta seja (1) Sim, especifique o(s) diagnósticos recebidos. Caso o entrevistado não queira ou não saiba responder, assinale a opção “(99)”.

4.9 BLOCO SERVIÇOS DE SAÚDE

Inicie o bloco lendo o cabeçalho informativo: **AGORA VOU FAZER UMA PERGUNTA SOBRE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM DIAMANTINA...**

Questão 201. O(a) Sr.(a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?

O que queremos saber é se o entrevistado possui algum plano de saúde, não importando o tipo de plano: individual, da empresa, familiar, etc. Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque “(99)”.

Questão 202. Com que frequência o Sr. (a) utiliza vai ao centro de saúde?

Leia todas as alternativas e marque a correspondente. Caso a resposta seja (0) Nunca, pule para questão **204** e marque (88) na questão **203**. Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque “(99)”.

203 - O (a) Sr. (a) procurou os serviços do centro de saúde nos últimos 30 dias?

Leia todas as alternativas e marque a correspondente. Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque "(99)".

204 - O (a) Sr. (a) ficou internado nos últimos 6 meses?

Leia todas as alternativas e marque a correspondente. Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque "(99)".

4.10 BLOCO MEDICAMENTOS

Inicie este bloco lendo o cabeçalho: **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS REMÉDIOS QUE O(A) SR.(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS – SOLICITE PARA QUE O ENTREVISTADO MOSTRE A(S) RECEITAS DO MEDICAMENTOS QUE TOMOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS E AS EMBALAGENS DE TODAS AS MEDICAÇÕES CONSUMIDAS** - Pense em todos os remédios que o(a) Sr(a) usou nos últimos 30 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, pomadas, colírios, injeções, xampus e sabonetes medicinais, produtos naturais ou qualquer outro, inclusive aqueles utilizados para tratar machucados, que use sempre ou só de vez em quando.

Questão 205. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) usou algum remédio?

Considere todo tipo de medicamento, como um comprimido de analgésico para dor de cabeça, produtos naturais, homeopatia, fórmulas feitas em farmácia de manipulação, florais, vitaminas, etc.

Se a resposta for não, dê um tempo para que a pessoa se lembre e estimule a memória dela com possíveis episódios frequentes, como um remédio para gripe, dor de cabeça, má digestão, para emagrecer etc.

Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque "(99)".

Questão 205.1 – Nos últimos 30 dias, o (a) Sr. (a) consumiu quantos tipos de medicamentos diferentes?

Considere as embalagens apresentadas e os medicamentos prescritos na receita.

Lembre-se que no processo de contabilização, deve ser desconsiderado o medicamento que aparecer repetido nas receitas e/ou embalagens. E marque a alternativa correspondente ao número de medicamentos consumidos nos últimos 30 dias. Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque "(99)".

Questão 362. Como conseguiu este remédio?

Leia todas as alternativas e marque a correspondente. Caso o entrevistado não saiba ou não queira responder marque "(99)".

4.11 BLOCO SAÚDE BUCAL

Inicie o bloco lendo o cabeçalho: **AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA.**

Para as questões **207 a 214**, leia o enunciado e as opções de resposta para o entrevistado e marque a alternativa correspondente. Caso o entrevistado não saiba ou não queira informar assinale a opção "(99)".

Questão 210. O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário?

Marque sim ou não. Caso o entrevistado não saiba ou não queira informar assinale a opção "(99)".

Questão 211. O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total) ?

Espera pela resposta do entrevistado, não leia as alternativas. Dentadura pode ser apenas em cima, apenas em baixo ou em cima e embaixo. Prótese total é o mesmo que dentadura assim como "chapa". "Pontes" fixas ou móveis são próteses dentárias parciais e não totais. Implantes dentários não são considerados prótese total. Se a pessoa possui, mas relata não usar ("tenho, mas deixo guardada", por exemplo, marque não). Caso o entrevistado não saiba ou não queira informar assinale a opção "(99)".

Questão 212. O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)?

Espera pela resposta do entrevistado e caso seja sim, pergunte imediatamente se em cima e/ou embaixo e assinale a opção que melhor se aplica. Caso o entrevistado não saiba ou não queira informar assinale a opção "(99)".

Questões 213. Com que frequência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca?

Leia as alternativas e marque a resposta. Caso o entrevistado não saiba ou não queira informar assinale a opção "(99)".

Questão 214. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?

Leia as alternativas e marque a resposta. Dificuldade na alimentação em razão de problemas com os dentes incluem dificuldade ou incapacidade de morder e/ou mastigar determinados alimentos. Caso o entrevistado não saiba ou não queira informar assinale a opção “(99)”.

4.12 BLOCO SOBRE VIOLÊNCIA

DEVERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO(A).

As questões **215 a 229** têm o objetivo de identificar tanto sinais de presença quanto de suspeita de abuso em idosos. A maioria dos itens componentes não focaliza somente sintomas específicos de violência, mas busca captar circunstâncias correlatas. As perguntas abarcam aspectos como o risco de abuso psicológico, físico, violação de direitos pessoais, isolamento ou abuso financeiro por terceiros.

Em cada uma das questões deste bloco, o entrevistador deve ler a questão e aguardar a resposta do(a) idoso(a). Caso o entrevistado não saiba ou não queira informar assinale a opção “(99)”.

As questões abordam a utilização de diferentes táticas para a resolução de conflitos entre pessoas íntimas: argumentação, agressão verbal, violência física não abusiva e violência física abusiva. **Ressalte a importância das perguntas que se seguem e garanta a confidencialidade.**

Questão 230. O(A) idoso(a) é acamado(a)?

O objetivo desta questão é identificar os idosos que são acamados. Entende-se por acamado aquele que não pode ou não consegue sair do leito, com ou sem ajuda, permanecendo neste por tempo integral. O entrevistador deve observar se o(a) idoso(a) é acamado(a) ou não e marcar a resposta no questionário.

4.13 APGAR DE FAMÍLIA

As questões **231 a 235** referem-se a avaliação da satisfação subjetiva com o cuidado recebido por algum familiar. Leia o enunciado de cada pergunta e as alternativas e marque a correspondente.

Questão 236 – Pontuação do APGAR da Família

Realize a soma das questões 231 a 235 e preencha com o valor e em seguida marque a opção correspondente ao valor obtido.


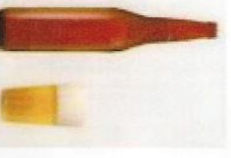







FINALIZANDO A ENTREVISTA

Finalize o questionário agradecendo a disponibilidade do entrevistado e mencionando que seu trabalho é supervisionado pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sendo possível que outro pesquisador entre em contato para confirmar apenas algumas respostas.

Lembre o entrevistado de que no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta o número de telefone e o e-mail da pesquisa, em caso de esclarecimento de dúvidas.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOBRE ÁLCOOL (AUDIT)

LISTA DE IMAGENS – QUESTIONÁRIO SOBRE ÁLCOOL (AUDIT-QUESTÕES 148-157)

				
Lata de Cerveja	Garrafa de Cerveja	Copo de 250 ml (requijão)	Taça de Vinho	Garrafa de Vinho
				
Copo Americano	Garrafa de Vodka, Cachaça	Dose de uísque		
<p style="text-align: center;">Quadro de Equivalência de Dose Padrão (questões 149 e 150)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CERVEJA: <ul style="list-style-type: none"> 1 lata de cerveja: 1 dose 1 garrafa de cerveja: 2 doses • VINHO: <ul style="list-style-type: none"> 1 copo de vinho (250 ml): 2 doses 1 taça de vinho (150 ml): 1 dose 1 garrafa de vinho: 8 doses • CACHAÇA, VODCA, UISQUE, OU CONHAQUE: <ul style="list-style-type: none"> ½ copo americano (60 ml): 1,5 doses 1 garrafa: mais de 20 doses • UISQUE, RUM, LICOR: <ul style="list-style-type: none"> 1 dose "de donador": 1 dose 				

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DA COLETA DE DADOS

Número do questionário: _____
<p>Início da entrevista: ____ h ____ min Data da entrevista (1ª tentativa): ____ / ____ / ____</p> <p>Meu nome é (nome do pesquisador). Faça parte da pesquisa <i>Sintomas depressivos e fatores associados em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil.</i> Conforme combinamos com o (a) Sr. (a) estou aqui para realizarmos a entrevista da pesquisa, sobre a saúde e presença de sintomas depressivos em idosos de Diamantina. Sua participação é muito importante, pois poderemos verificar como está a saúde das pessoas e a prevalência de sintomas depressivos em idosos com 60 anos ou mais da cidade de Diamantina. Se o (a) entrevistado (a) tiver que marcar para outro dia, anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada. Caso você tenha chegado na casa no horário combinado e não encontrar ninguém, deixe um bilhete informando que esteve no local e que entrará em contato para remarcar. Caso o (a) entrevistado (a) tenha concordado ou tenha ficado na dívida continue: Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo (a) Sr. (a) não serão divulgadas nem as respostas que o (a) Sr. (a) nos der. Desde já agradeço a sua disponibilidade. Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual o (a) Sr. (a) concorda em participar da pesquisa, fique à vontade para fazer a leitura e, se assim desejar, assinar. Uma cópia ficará com o (a) Sr. (a).</p>
BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO
(ESTE BLOCO DEVERÁ ESTAR PREENCHIDO ANTES DA ENTREVISTA)
Estratégia Saúde da Família: _____ ACS: _____ Setor censitário do IBGE: _____ Nome do entrevistado _____ Data de nascimento: dia __ mês __ ano __ __ __ Endereço completo: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Telefone para contato 1ª opção _____ 2ª opção _____ Nome do entrevistador: _____
Data da entrevista (2ª tentativa): ____ / ____ / ____ Data da entrevista (3ª tentativa): ____ / ____ / ____
BLOCO GERAL
As questões a seguir são para o (a) entrevistador (a) somente anotar as respostas, sem perguntar ao entrevistado.
01 – Quem responde: (1) Idoso (2) Informante _____
02 – Sexo do (a) idoso (a): (1) Feminino (2) Masculino
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SENHOR (A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA. (As questões 06 e 29 poderão ser respondidas somente pelo (a) idoso (a). As demais poderão ser respondidas pelo (a) idoso ou informante)
Variáveis Demográficas e Socioeconômicas
03 - Quantos anos o (a) Sr. (a) tem? (Marcar os anos completos) Idade __ __
04 - Faixa etária em anos: (Não é necessário perguntar ao entrevistado) (1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 anos ou mais
05 - Neste momento o (a) Sr. (a) está? (1) Casado (a) / com companheiro (a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado (a) / separado (a) (4) Viúvo (a) (99) Não sabe ou não quer informar
06 - O (a) Sr. (a) considera que sua cor da pele, raça ou etnia é: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (99) Não sabe ou não quer informar
07 – O (a) Sr. (a) sabe ler e escrever? (0) Não – Marque opção (0) Resposta errada nas questões 59 e 60 (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
08 - O (a) Sr. (a) estudou na escola? (0) Não (1) Sim

(99) Não sabe ou não quer informar- Pule para a questão 11, marque 88 nas questões 09 e 10				
09 - Quantos anos o (a) Sr. (a) estudou? (Marcar os anos completos) Anos __ __ (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
10 - Anos completos de estudo: (Não é necessário perguntar ao entrevistado) (0) Analfabeto (1) 1 a 4 anos (2) 5 a 8 anos (3) 9 a 11 anos (4) 12 anos ou mais (88) Não se aplica				
11 - Cuidador é uma pessoa que fica lhe ajudando nas suas atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. O (a) Sr. (a) tem cuidador? (0) Não - Pule para a questão 13, marque 88 na questão 12 (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar- Pule para a questão 13, marque 88 na questão 12				
12 - Quem é seu cuidador principal? (1) Esposo (a) / companheiro (a) (2) Filho (a) (3) Neto (a) (4) Cuidador formal (pessoa contratada para cuidar do idoso) (5) Amigos (6) Outros _____ (7) Sem cuidador fixo (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
O (a) Sr. (a) mora?				
13 - Só - Pule para a questão 20, marque 88 nas questões 14 a 19 e na questão 28	(1) Não	(2) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
14 - Com cuidador profissional	(1) Não	(2) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
15 - Com o cônjuge/companheiro (a)	(1) Não	(2) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
16 - Com outros de sua geração [irmã (o), cunhada (o), amigo (a)]	(1) Não	(2) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
17 - Com filhos	(1) Não	(2) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
18 - Com netos	(1) Não	(2) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
18.1 Com outros. Quem?				
19 - Quantas pessoas vivem nesta casa contando com o (a) Sr. (a)? __ __ pessoas (99) Não sabe ou não quer informar				
20 - Em relação à sua vida financeira, o (a) Sr. (a) tem algum tipo de renda? (0) Não - Pule para a questão 27, marque 88 nas questões 21 a 26 (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar				
21 - O (a) Sr. (a) tem algum trabalho remunerado atualmente? (0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
22 - Recebe aposentadoria? (0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
23 - Recebe pensão? (0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
24 - Recebe ALGUMA outra renda? (0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
25 - Considerando todas as SUAS fontes de renda, quanto o (a) Sr. (a) recebeu no último mês? R\$ _____,00 (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
26 - Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o (a) Sr. (a)? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais (99) Não sabe ou não quer informar				
27 - A casa que Sr. (a) vive é: (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (99) Não sabe ou não quer informar				
28 - Considerando a renda de todos que moram com o Sr. (a), no último mês qual seria o valor total? (lembrar que inclui salários, pensões, mesadas, aluguéis, bolsas, etc). R\$ _____,00 (99) Não sabe ou não quer informar				

29 - Comparando quando o (a) Sr. (a) tinha 50 anos, a sua atual situação econômica é: (1) Melhor (2) A mesma (3) Pior (99) Não sabe ou não quer informar			
BLOCO SAÚDE MENTAL			
[PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO (A). AS PERGUNTAS 30 A 61 DEVERÃO SER RESPONDIDAS PELO (A) IDOSO (A) MESMO QUE O INFORMANTE ESTEJA RESPONDENDO].			
AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA			
30 - Em geral o (a) Sr. (a) diria que a sua memória é: (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) Não sabe ou não quer informar			
31 - De uma forma geral, o (a) Sr. (a) diria que seu sono é: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) Não sabe ou não quer informar			
Mini Exame do Estado Mental (MEEM) Adaptado de Folstein (1975); Brucki <i>et al.</i> (2003)			
32 - Que dia do mês é hoje?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
33 - Em que mês estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
34 - Em que ano estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
35 - Em que dia da semana estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
36 - Qual é a hora aproximada? (Considere a variação de + ou -1 hora)	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
37 - Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala – pontando para o chão)	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
38 - Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, casa própria).	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
39 - Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
40 - Em qual cidade nós estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
41 - Em qual estado nós estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
Eu vou dizer 3 palavras e o (a) Sr. (a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO (Dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros).			
42 – Carro	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
43 – Vaso	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
44 – Tijolo	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
O (a) Sr. (a) faz contas? (Se a resposta for Sim, pergunte): Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se retirarmos mais 7 reais, quanto resta? (subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige).			
45 _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
46 _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
47 _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
48 _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
49 _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
O (a) Sr. (a) poderia repetir as três palavras que disse há pouco? Registre as palavras que foram repetidas, corretamente. Considere correto se o entrevistado espontaneamente se autocorrige.			
50 – Carro	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
51 – Vaso	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
52 – Tijolo	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com a caneta. Registre as respostas corretas.			
53 – Relógio	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
54 – Caneta	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar

Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que o (a) Sr. (a) a repita depois de mim: (Considere acerto somente se a repetição for perfeita)			
55 - “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
Solicite: Por favor, pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão: (Considere acerto a realização de cada etapa pedida. Não mostre como se faz. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas).			
56 - Com a mão direita	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
57 - Dobre-o ao meio	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
58 - Coloque-o no chão	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(99) Não quer informar
Mostre a frase escrita no cartão “Feche os olhos” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.			
59 – “Feche os olhos”	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	(88) Não se aplica (99) Não quer informar
60 - Peça-lhe para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: “alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer”. (Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos) (0) resposta errada (1) resposta correta (88) Não se aplica (99) Não quer informar			
61 - Copie este desenho (mostre o cartão). Peça-lhe que copie o desenho no espaço abaixo, da melhor forma possível. Considere certo se ambas as figuras tiverem 5 lados e uma intersecção entre elas. (0) Resposta errada (1) Resposta correta (99) Não quer informar			
62 - Score de valor do Mini Exame de Estado Mental (para realizar o cálculo do score, considere e atribua 1 ponto para cada resposta em negrito das questões 32 a 61): Pontos: _____			
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU HUMOR Geriatric Depression Scale 15 Almeida e Almeida (1999) [DEVERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO (A)]			
63 – O (a) Sr. (a), está basicamente satisfeito com sua vida?	(1) Não	(0) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
64 – O (a) Sr. (a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
65 – O (a) Sr. (a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
66 – O (a) Sr. (a) se aborrece com frequência?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
67 – O (a) Sr. (a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(1) Não	(0) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
68 – O (a) Sr. (a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
69 – O (a) Sr. (a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(1) Não	(0) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
70 – O (a) Sr. (a) sente que sua situação não tem saída?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
71 – O (a) Sr. (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
72 – O (a) Sr. (a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
73 – O (a) Sr. (a) acha maravilhoso estar vivo?	(1) Não	(0) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
74 – O (a) Sr. (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
75 – O (a) Sr. (a) se sente cheio de energia?	(1) Não	(0) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
76 – O (a) Sr. (a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar

77 – O (a) Sr. (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar	
78 - Score de avaliação do Geriatric Depression Scale 15 (para realização do cálculo efetue a soma das respostas em negrito das questões 63 - 77 do GDS 15) Valor obtido: _____				
PARA VALORES DE GDS 15 MAIORES QUE 5, DEVE SER PREENCHIDO A FOLHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ENTREVISTADO.				
79 - Score de avaliação e interpretação da Geriatric Depression Scale 15 (0) Ausência de sintomas depressivos (1) 1 a 5 sintomas depressivos (2) 6 ou mais sintomas depressivos				
80 - Presença de sintomas depressivos graves de acordo com score da Geriatric Depression Scale 15 (0) Não (1) Sim – presença de 11 ou mais sintomas depressivos				
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS SINTOMAS DEPRESSIVOS [DEVERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO (A)]				
PARA ESCLARECIMENTO AO IDOSO. ALGUNS EXEMPLOS DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS MAIS FREQUENTES ENTRE OS IDOSOS SÃO: HUMOR DEPRIMIDO, PERDA DE INTERESSE, REDUÇÃO DO APETITE, PERTURBAÇÃO DO SONO, DIMINUIÇÃO DA ENERGIA, SENTIMENTO DE CULPA, FALTA DE CONCENTRAÇÃO E PENSAMENTOS SOBRE MORTE.				
81 – O (a) Sr. (a) percebe atualmente a presença dos sintomas depressivos em sua vida? (0) Não – Pule para a questão 83 e marque 88 na questão 82 (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 83 e marque 88 na questão 82				
82 - Atualmente, esses sintomas estão presentes na maior parte do dia? (0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
83 – O (a) Sr. (a) já percebeu a presença desses sintomas em outros momentos da sua vida? (0) Não – Pule para a questão 88 e marque 88 nas questões 84 a 87 (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 88 e marque 88 nas questões 84 a 87				
O QUE O (A) SR. (A) FAZ/FEZ PARA AMENIZAR OS SINTOMAS DEPRESSIVOS NO SEU DIA A DIA?				
84 – Utiliza (ou) medicamento antidepressivo?	(0) Não	(1) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
85 – Faz (fez) terapia psicológica (ou acompanhamento psicológico)?	(0) Não	(1) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
86 – Participa(ou) das atividades oferecidas pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)?	(0) Não	(1) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
86.1 - Participa(ou) das atividades oferecidas pelo Centro de Saúde?	(0) Não	(1) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
87 – Pratica(ou) atividade física?	(0) Não	(1) Sim	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
BLOCO SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA [A QUESTÃO 88 DEVERÁ SER RESPONDIDA SOMENTE PELO (A) IDOSO (A). AS QUESTÕES 89 A 98 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]				
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA.				
88 - Em geral, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde é: (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) Não sabe ou não quer informar				
89 – O (A) Sr. (a) fuma ou fumou cigarros? (0) Não – Pule para a questão 95 e marque 88 nas questões 90 a 94.2 (1) Fumou e parou – Responda as questões 90 a 92 e marque 88 nas questões 93 a 94.2 (2) Fuma atualmente – Pule para a questão 93 e marque 88 nas questões 90 a 92 (99) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 95 e marque 88 nas questões 90 a 94.2				
90 - Por quantos anos o (a) Sr. (a) fumou? _____ anos (88) Não se aplica				
91 - Quantos cigarros o (a) Sr. (a) fumava por dia? _____				

_____ cigarros (88) Não se aplica
92 - Há quantos anos o (a) Sr. (a) parou de fumar? _____ anos (88) Não se aplica
93 - Há quantos anos o (a) Sr. (a) fuma? _____ anos (88) Não se aplica
94 - Quantos cigarros o (a) Sr. (a) fuma por dia? _____ cigarros (88) Não se aplica
94.1 – Qual a sua vontade (desejo de fumar)? (1) Muito pouco (2) Pouco (3) Média (4) Muita (5) Extrema vontade (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
94.2 – O Sr. (a) tem vontade de parar de fumar? (0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
95 - O (A) Sr. (a) já fez ou faz uso de bebidas alcoólicas atualmente? (0) Não – Pule para a questão 98 e marque 88 nas questões 95.1 a 97 (1) Bebeu e parou – Responda as questão 95.1 e marque 88 nas questões 95.2 a 97 (2) Bebe atualmente – Pule para a questão 95.2 e marque 88 nas questões 95.1 (99) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 98 e marque 88 nas questões 95.1 a 97
95.1 - Por quantos anos o (a) Sr. (a) bebeu? _____ anos (88) Não se aplica
95.2 - Com que frequência o (a) Sr. (a) toma bebidas alcoólicas? (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar–Pule para a questão 98 e marque 88 nas questões a 96 a 97
96 - Quantas doses de álcool o (a) Sr. (a) toma normalmente ao beber? (Ver quadro de equivalência de dose padrão) (0) 1 ou menos (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
97 - Com que frequência o (a) Sr. (a) toma cinco ou mais doses de uma vez? (Ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo) (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
BLOCO DE FUNCIONALIDADE GLOBAL [AS QUESTÕES 98 A 99 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE.]
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ATIVIDADES SOCIAIS. O (A) SR. (A) FREQUENTA ALGUMA DAS SEGUINTE ATIVIDADES?
98 - O (A) SR. (a) frequenta algum grupo religioso? (0) Não – Pule para questão 99.1 e marque 88 na questão 99 (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar –Pule para questão 99.1 e marque 88 na questão 99
99 - Com que frequência o (a) Sr. (a) participa do seu grupo religioso? (considere missa, culto ou outras práticas religiosas) (1) Uma vez por semana (2) Duas vezes por semana (3) Três vezes ou mais por semana (4) Uma ou duas vezes por mês (5) Menos de uma vez por mês (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
99.1 – O Sr. (a) frequenta algum grupo de convivência? Exemplo de grupos de convivência: Os desenvolvidos nos Centros de Saúde, Associação de Bairro, CRAS. (0) Não – Pule para questão 100 e marque 88 na questão 99.2 (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar –Pule para questão 100 e marque 88 na questão 99.2

99.2 - Com que frequência o (a) Sr. (a) participa do grupo de convivência?				
(1) Uma vez por semana (2) Duas vezes por semana (3) Três vezes ou mais por semana (4) Uma ou duas vezes por mês (5) Menos de uma vez por mês (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
AGORA EU VOU LHE PERGUNTAR SOBRE O USO DA INTERNET E E-MAIL. [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]				
100 – O (a) Sr. (a) usa a internet ou e-mail?				
(0) Não – Pule para a questão 102 e marque 88 nas questões 101 (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 102 e marque 88 nas questões 102				
101 - Em média, quantas vezes o (a) Sr. (a) usa a internet ou e-mail? (Marque somente uma resposta)				
(1) Todos os dias, ou quase todos os dias (2) Pelo menos uma vez por semana (mas não todos os dias) (3) Pelo menos uma vez por mês (mas não todas as semanas) (4) Pelo menos uma vez a cada 3 meses (5) Menos que uma vez a cada 3 meses (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
102 – O (a) Sr. (a) consegue usar sozinho o telefone fixo ou o celular para fazer ligações ou mandar mensagens de texto?				
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar				
Agora irei realizar algumas perguntas sobre a sua capacidade de realizar algumas atividades do seu dia a dia, quanto a sua independência ou dependência funcional quanto as seguintes atividades: tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se. Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal. Caso o entrevistado não compreenda alguma pergunta, o entrevistador poderá explicar). [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]				
Escala de Katz – adaptada Lino et al. (2008)				
103 - Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	(0) Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).	(1) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna).	(2) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(99) Não sabe/ Não quer informar
104 - Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	(0) Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.	(1) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	(2) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.	(99) Não sabe/ Não quer informar
105 - Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)	(0) Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã).	(1) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite.	(2) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.	(99) Não sabe/ Não quer informar
106 - Transferência	(0) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda	(1) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e	(2) Não sai da cama.	(99) Não sabe/ Não quer informar

	(pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador).	levanta-se da cadeira com ajuda.		
107 - Continência	(0) Controla inteiramente a micção e a evacuação.	(1) Tem “acidentes” ocasionais.	(2) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente.	(99) Não sabe/ Não quer informar
108 - Alimentação	(0) Alimenta-se sem ajuda.	(1) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão.	(2) Recebe ajuda para alimentar-se, ou é parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos.	(99) Não sabe/ Não quer informar
109 – Score de avaliação da Escala de Katz (para realizar o cálculo do score atribua o valor de 1 ponto para cada alternativa em negrito das questões 103 – 108). Score _____				
109.1 - Score de avaliação da Escala de Katz (para marcação considere o valor registrado na questão 109). (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 (6) 6				
Agora irei realizar algumas mais algumas perguntas sobre atividades e tarefas do seu dia a dia. Por favor, diga sinceramente se consegue fazer cada coisa sem ajuda, com ajuda parcial ou não consegue. [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]				
Escala de Lawton				
110 - O (a) Sr. (a) consegue usar o telefone?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
111 - O (a) Sr. (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
112 - O (a) Sr. (a) consegue fazer compras?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
113 - O (a) Sr. (a) consegue preparar suas próprias refeições?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
114 - O (a) Sr. (a) consegue arrumar a casa?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
115 - O (a) Sr. (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
116 - O (a) Sr. (a) consegue lavar e passar sua roupa?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
117 - O (a) Sr. (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
118 - O (a) Sr. (a) consegue cuidar de suas finanças?	(3) Sem ajuda	(2) Com ajuda parcial	(1) Não consegue	(99) Não sabe/ Não quer informar
118.1 – Score de avaliação de Lawton (para realizar o cálculo do score atribua o valor entre parênteses de cada alternativa das questões 110 a 118). Score _____				
AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA-A-DIA. POR FAVOR, DIGA SINCERAMENTE SE CONSEGUE FAZER CADA COISA SEM NENHUMA DIFICULDADE, COM POUCA DIFICULDADE, COM MUITA DIFICULDADE OU NÃO CONSEGUE FAZER.				

[PODERÁ SER RESPONDIDO PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]					
119 - Deitar/ levantar da cama	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
120 – Comer	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
121 - Cuidar da aparência	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
122 - Andar no plano	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
123 - Tomar banho	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
124 - Vestir-se	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
125 - Ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
126 - Subir um lance de escadas	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
127 - Tomar seus remédios na hora	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
128 - Andar perto de casa	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
129 - Fazer compras	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
130 - Preparar refeições	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
131 - Cortar as unhas dos pés	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
132 - Sair de ônibus ou táxi	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
133 - Fazer limpeza da casa	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(99) Não sabe ou não quer informar
BLOCO SOBRE QUEDAS					
[A QUESTÃO 143 PODERA SER RESPONDIDOS SOMENTE PELO (A) IDOSO (A). AS DEMAIS PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]					
Eu gostaria de esclarecer para o (a) Sr. (a) que uma queda é qualquer tombo que o (a) Sr. (a) tenha sofrido, mesmo que isso NÃO tenha causado nenhum tipo de ferimento ou outro problema qualquer.					
134 – O (a) Sr. (a) sofreu alguma queda no último ano?					
(0) Não – Pule para a questão 144 e marque 88 nas questões 135 a 143					
(1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 144 e marque 88 nas questões 135 a 143					
135 - Quantas vezes o (a) Sr. (a) caiu no último ano?					
____ vezes					
(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar					
136 - Das vezes que o Sr. (a) caiu chegou a procurar algum serviço de saúde para verificar se houve alguma lesão?					
(0) Não (1) Sim, todas as vezes (2) Sim, alguma das vezes (3) Nenhuma das vezes (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer responder					
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA ÚLTIMA QUEDA.					
137 – O (a) Sr. (a) sabe me dizer quando ocorreu sua última queda (data aproximada)?					
Mês: _____ Ano: _____					
(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar					
138 – A queda aconteceu dentro de casa?					
(0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar (pule para a questão 138.2)					
138.1 – Em qual local da casa?					
Onde: _____					
(88) Não se aplica					
138.2 - Em que lugar aconteceu a queda?					
(1) Na rua – perto de sua casa					
(2) No pátio/jardim					

(3) Na rua – longe de sua casa (4) Outro. Qual? _____ (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
139 - O que o (a) Sr.(a) estava fazendo no momento da queda: (1) Caminhando (2) Descendo escada (3) Subindo escada (4) Atividade doméstica (5) Tomando banho (6) Outro. Qual? _____ (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
139.1 - Após a queda por quanto tempo o(a) Sr.(a) permaneceu no chão? _____ minutos. (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
140 - Como a queda ocorreu? (1) Sentiu-se fraco de repente (2) Sentiu-se tonto (3) Escorregou (4) Pisou em falso (5) Torceu o pé (6) Tropeçou em algo (7) Desequilibrizou-se (8) Outros. Quais? _____ (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
141 - Algum fator motivou a queda? Como: (1) Tapete (2) Má iluminação (3) Irregularidades no chão (4) Calçado inapropriado (5) Piso molhado (6) Outro. Qual? _____ (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
141.1 Esta queda teve alguma consequência? (0) Não – Pule para questão 142 e marque 88 nas questões 141.2 a 141.7 (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar - Pule para questão 142 e marque 88 nas questões 141.2 a 141.7				
Qual?				
141.2 Fratura	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo: _____	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
141.3 Entorse	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo: _____	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
141.4 Hematoma	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo: _____	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
141.5 Escoriação (arranhão, esfolamento)	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo: _____	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
141.6 Corte	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo: _____	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
141.7 Outra. Qual _____	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo: _____	(88) Não se aplica	(99) Não sabe ou não quer informar
142 – O (a) Sr. (a) teve que restringir ou diminuir suas atividades diárias normais por causa da queda? (0) Não (1) Sim. Por quanto tempo aproximadamente? _____ (dias) (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
143 – O (a) Sr. (a) tem medo de cair novamente? (Poderá ser respondida somente pelo idoso) (0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar				
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA [AS QUESTÕES 144 A 155 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE. AS QUESTÕES 156 E 157 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO (A) IDOSO (A)]				
Para responder às questões lembre-se que:				

<p>Nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física que o (a) Sr. (a) faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que o (a) Sr. (a) gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual.</p> <p>Atividade física é todo e qualquer movimento corporal.</p> <p>Por favor, considere apenas as atividades físicas que você realiza por dez minutos seguidos ou mais.</p> <p>Para responder as seguintes questões lembre-se que:</p> <p>Atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte do que o normal.</p> <p>Atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte do que o normal.</p>
<p align="center">ATIVIDADE FÍSICA COMO DESLOCAMENTO/MEIO DE TRANSPORTE</p>
<p>As próximas questões se referem à forma como você se desloca (caminha ou pedala) para ir de um lugar a outro em uma semana normal/habitual, incluindo ir ao supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, cinema, lojas, trabalho e outros. Pense somente nas caminhadas ou pedaladas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos.</p>
<p>144 - Em quantos dias durante uma semana normal o (a) Sr. (a) anda de bicicleta para ir de um lugar para outro por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício)</p> <p>(0) Nenhum – Pule para a questão 146 e marque 88 na questão 145</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana</p> <p>(99) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 146 e marque 88 na questão 145</p>
<p>145 - Nos dias que o (a) Sr. (a) pedala para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total você pedala POR DIA?</p> <p>_____ horas _____ minutos</p> <p>(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>146 - Quantos dias durante uma semana normal o (a) Sr. (a) caminha para ir de um lugar para outro, como: ir ao trabalho, supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)</p> <p>(0) Nenhum – Pule para a questão 148 e marque 88 na questão 147</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana</p> <p>(99) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 148 e marque 88 na questão 147</p>
<p>147 - Nos dias que o (a) Sr. (a) caminha para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total o (a) Sr. (a) gasta POR DIA? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)</p> <p>_____ horas _____ minutos</p> <p>(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar</p>
<p align="center">ATIVIDADES FÍSICAS DE LAZER, RECREAÇÃO, EXERCÍCIO E ESPORTE</p>
<p>Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana normal/habitual UNICAMENTE POR LAZER, RECREAÇÃO, EXERCÍCIO OU ESPORTE. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS. POR FAVOR NÃO INCLUA ATIVIDADES QUE VOCÊ JÁ TENHA CITADO.</p>
<p>148 - Sem contar qualquer caminhada que o (a) Sr. (a) tenha citado anteriormente, em quantos dias durante uma semana normal, o(a) Sr.(a) CAMINHA (lazer ou exercício físico) no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos?</p> <p>(0) Nenhum – Pule para a questão 150 e marque 88 na questão 149</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana</p> <p>(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 150 e marque 88 na questão 149</p>
<p>149 - Nos dias em que o (a) Sr. (a) caminha no seu tempo livre/lazer, quanto tempo no total o (a) Sr. (a) gasta POR DIA?</p> <p>_____ horas _____ minutos</p> <p>(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>150 - Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Sr. (a) faz atividades MODERADAS no seu tempo livre, como por exemplo: ginástica, hidroginástica, jogar voleibol recreativo, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos?</p> <p>(0) Nenhum – Pule para a questão 152 e marque 88 na questão 151</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana</p> <p>(99) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 152 e marque 88 na questão 151</p>
<p>151 - Nos dias em que o (a) Sr. (a) faz estas atividades moderadas no seu tempo livre, quanto tempo no total o (a) Sr. (a) gasta POR DIA?</p>

<p>_____ horas _____ minutos</p> <p>(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>152 - Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Sr. (a) faz atividades VIGOROSAS no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, enfim, esportes em geral, por pelo menos 10 minutos contínuos?</p> <p>(0) Nenhum – Pule para a questão 154 e marque 88 na questão 153</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana</p> <p>(99) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 154 e marque 88 na questão 153</p>
<p>153 - Nos dias em que o (a) Sr. (a) faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre, quanto tempo no total o (a) Sr. (a) gasta POR DIA?</p> <p>_____ horas _____ minutos</p> <p>(88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>154 - Nos últimos três meses, qual foi o principal tipo de atividade física ou esporte que o (a) Sr. (a) praticou no seu tempo livre/lazer? (Não ler as opções, anotar apenas o primeiro citado)</p> <p>(0) Não realiza atividades físicas no lazer – Pule para a questão 156 e marque 88 na questão 155</p> <p>(1) Caminhada (não vale deslocamento para ir de um lugar a outro)</p> <p>(2) Corrida</p> <p>(3) Alongamento</p> <p>(4) Musculação</p> <p>(5) Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)</p> <p>(6) Pilates, ioga</p> <p>(7) Dança</p> <p>(8) Hidroginástica</p> <p>(9) Natação</p> <p>(10) Artes marciais e luta (caratê, judô, jiu-jitsu)</p> <p>(11) Bicicleta</p> <p>(12) Futebol</p> <p>(13) Voleibol</p> <p>(14) Tênis</p> <p>(15) Outros _____</p> <p>(99) Não sabe ou não quer informar-Pule para a questão 156 e marque 88 na questão 155</p>
<p>155 - Qual é o principal local que o (a) Sr. (a) utiliza para realizar as atividades físicas no seu tempo livre/lazer? (Ler as opções de resposta e anotar apenas uma alternativa)</p> <p>(1) Casa</p> <p>(2) Praças, parques, ruas do bairro e/ou demais espaços públicos</p> <p>(3) Praia</p> <p>(4) Academia de ginástica/musculação e clubes</p> <p>(5) Centros de saúde ou centros comunitários e/ou igreja</p> <p>(6) Outros _____</p> <p>(88) Não se aplica</p> <p>(99) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>156 – Qual o principal motivo que levou ou levaria o (a) Sr. (a) a iniciar um programa de atividade física? Deve ser selecionada somente uma opção.</p> <p>(1) Gostar de sair de casa</p> <p>(2) Preencher o tempo livre</p> <p>(3) Gostar e ter prazer pela atividade física</p> <p>(4) Interagir com outras pessoas/ socialização</p> <p>(5) Melhorar a saúde</p> <p>(6) Por recomendação médica</p> <p>(7) Por convite de amigos</p> <p>(8) Proximidade da residência</p> <p>(9) Outro. Especificar: _____</p> <p>(99) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>157 – Qual o principal motivo que levou ou levaria o (a) Sr. (a) a desistir de um programa de atividade física? Deve ser selecionada somente uma opção.</p> <p>(1) Aulas não adequadas (desmotivante, muito intensa, exercícios inadequados)</p> <p>(2) Influência negativa do ambiente (local inadequado, sem segurança)</p> <p>(3) Compromisso com afazeres domésticos</p>

(4) Cuidados familiares (cuidar do (a) esposo (a), filhos ou netos)
(5) Limitação por doença (já instalada e/ou aparecimento de doença que compromete a prática de atividade física)
(6) Cansaço, falta de disposição
(7) Problemas pessoais com o professor ou colegas de grupo
(8) Sentir dor quando realizava os exercícios físicos
(9) Medo de cair ao realizar os exercícios
(10) Outro, Especificar: _____
(99) Não sabe ou não quer informar
158 - Qual é o principal tipo de transporte que o (a) Sr. (a) utiliza?
(1) Carro (2) Moto (3) Ônibus (4) Bicicleta (5) Outros _____
(99) Não sabe ou não quer informar
As próximas perguntas se referem a informações sobre a maneira que o (a) Sr. (a) percebe ou pensa sobre o seu bairro. Nas perguntas, sempre que eu disser “perto de sua casa”, me refiro a sua vizinhança, lugares para os quais o (a) Sr. (a) consegue ir caminhando em 15 minutos ou menos.
159 - Há quanto tempo o (a) Sr. (a) mora nesse bairro?
_____ meses _____ anos
(99) Não sabe ou não quer informar
Vamos falar sobre comércio, lojas, estabelecimentos, espaços públicos e outros locais perto de sua casa, isto é, a menos de 15 minutos a pé de onde você mora.
[AS QUESTÕES 160 A 182 DEVERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO (A) IDOSO (A)]
160 - Existem locais como supermercado, loja de conveniência/mercadinho/armazém, feira livre, perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
161 - Existem locais como restaurantes, padarias, lanchonete, cafeteria, perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
162 - Existem postos de saúde perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
163 - Existem pontos de ônibus perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
164 - Existem espaços públicos como parques, praças, pistas de caminhada, ciclovia e/ou quadras de esportes, perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
165 - Existem academias/equipamentos para atividade física ao ar livre (Academia da Terceira Idade), perto de sua casa?
(0) Não – Pule para a questão 167e marque 88 na questão 166
(1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar–Pule para a questão 167 e marque 88 na questão 166
166 - Você utiliza a academia ao ar livre (Academia da Terceira Idade) para fazer suas atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
167 - Existem locais como academias de ginástica/musculação e/ou clubes, perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa.
168 - O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificulta a prática de caminhada ou o uso de bicicleta perto da sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
169 - Existem faixas de pedestres, sinais ou passarelas que auxiliam os pedestres a atravessar as ruas perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
170 - Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem na faixa de pedestre ou nos locais de passagem de pedestre?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
Agora vamos falar sobre a segurança no seu bairro.
171 - As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
172 - Durante o dia, o (a) Sr. (a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar

173 - Durante a noite, o (a) Sr. (a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
174 - Existe um alto nível de criminalidade no seu bairro, como por exemplo, depredação de locais públicos e privados, furtos, assaltos, arrombamentos, agressões, etc? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
Agora vamos falar sobre sua família, amigos, vizinhos e oportunidades no seu bairro. Por favor, considere da família indivíduos que morem com o (a) Sr. (a).			
175- Algum (a) amigo (a) ou vizinho (a) convidou o (a) Sr. (a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
176 - O (a) Sr. (a) sente que a sua família se preocupa com o Sr. (a)? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
177 - O (a) Sr. (a) sente que a sua família gosta do Sr. (a)? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
178 - Como o (a) Sr. (a) considera a relação com os seus familiares? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) Não sabe ou não quer informar			
179 - Alguém de sua família convidou o (a) Sr. (a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
180 - Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas e/ou ginástica em grupo e/ou passeio de bicicleta no seu bairro? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
181 - Existem programas de atividade física nas unidades de saúde ou centros comunitários perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
182 - O (a) Sr. (a) tem algum animal de estimação? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
BLOCO MORBIDADES			
[AS QUESTÕES DESTE BLOCO PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]			
ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O (A) SR. (A) TEM/TEVE:			
183 - Problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
184 - Artrite ou reumatismo?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
185 - Câncer?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
186 - Diabetes?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
187 - Bronquite ou asma?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
188 - Doença do coração tais como (infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra)	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
189 - Insuficiência renal crônica?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
190 - Tuberculose?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
191 - Cirrose?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
192 - Derrame ou AVC ou isquemia cerebral?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
193 - Osteoporose?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
194 - Hipertensão (pressão alta)?	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar

195 - DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
196 - Doença do pulmão tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
197 - Colesterol alto	(0) Não	(1) Sim	(99) Não sabe ou não quer informar
197.1 - Outros			
198 - Algum médico ou profissional de saúde já disse que o (a) Sr. (a) tem ou teve depressão em algum momento da sua vida?			
(0) Não - Pule para a questão 200 e marque 88 na questão 199			
(1) Sim			
(99) Não sabe ou não quer informar –Pule para a questão 200 e marque 88 na questão 199			
199 - Ao dar o diagnóstico de depressão, o médico ou profissional de saúde indicou que o (a) Sr. (a) praticasse atividade física?			
(0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar			
200 - Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)? Pode ser informado mais de um diagnóstico.			
(0) Não (1) Sim Qual(is)? _____			
(99) Não sabe ou não quer informar			
BLOCO SERVIÇOS DE SAÚDE			
AGORA VOU FAZER UMA PERGUNTA SOBRE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE			
201 – O (a) Sr. (a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?			
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
202 – Com que frequência o Sr. (a) utiliza vai ao centro de saúde?			
(0) Nunca – Pule para a questão 204 e marque 88 nas questão 203			
(1) Mensalmente ou menos			
(2) De 2 a 3 vezes por mês			
(3) De 1 vez por semana			
(4) De 2 a mais vezes por semana			
(99) Não sabe ou não quer informar–Pule para a questão 204 e marque 88 nas questões a 203			
203 - O (a) Sr. (a) procurou os serviços do centro de saúde nos últimos 30 dias?			
(0) Não (1) Sim (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar			
204 - O (a) Sr. (a) ficou internado nos últimos 6 meses?			
(0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar			
BLOCO MEDICAMENTOS			
[PODERÁ SER RESPONDIDO PELO (A) IDOSO (A) OU INFORMANTE]			
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS REMÉDIOS QUE O (A) SR. (A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. GOSTARIA QUE O SR. (A) ME MOSTRASSE A RECEITA DOS MEDICAMENTOS QUE O SR. (A) TOMOU NESSES ÚLTIMOS 30 DIAS E AS EMBALAGENS DE TODAS MEDICAÇÕES CONSUMIDAS. Pense em todos os remédios que o (a) Sr. (a) usou nos últimos 30 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, pomadas, colírios, injeções, xampus e sabonetes medicinais, produtos naturais ou qualquer outro, inclusive aqueles utilizados para tratar machucados, que use sempre ou só de vez em quando.			
205 - Nos últimos 30 dias, o (a) Sr. (a) usou algum remédio?			
(0) Não Pule para a questão 207 e marque 88 nas questões 205.1 a 206.			
(1) Sim			
(99) Não sabe ou não quer informar			
205.1 – Nos últimos 30 dias, o (a) Sr. (a) consumiu quantos tipos de medicamentos diferentes? Considere as embalagens apresentadas e os medicamentos prescritos na receita.			
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) Oito ou mais (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar			
205.2 Liste a relação dos medicamentos apresentados pelo idoso consumidos nos últimos 30 dias:			

Qual (is)?
(88) Não se aplica
206 - Como conseguiu este(s) remédio(s)? (1) Ganhou pelo SUS (Farmácia do Centro de Saúde/Policlínica/Hospital do SUS/Farmácia do Município) (2) Comprou (3) Comprou e ganhou uma parte (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
BLOCO SAÚDE BUCAL
AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO (A)]
207 - Pensando nos seus dentes de cima, o (a) Sr. (a) já perdeu ou teve algum dente extraído? (Excluir extração do dente siso e extração de dente para colocação de aparelho dental). (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (99) Não sabe ou não quer informar
208 - Pensando nos seus dentes de baixo, o (a) Sr. (a) já perdeu ou teve algum dente extraído? (Excluir extração do dente siso e extração de dente para colocação de aparelho dental). (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (88) Não se aplica (99) Não sabe ou não quer informar
209 - Como o (a) Sr. (a) considera a saúde dos seus dentes e de sua boca? (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) Não sabe ou não quer informar
210 - O (a) Sr. (a) acha que precisa de algum tratamento dentário? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
211 - O (a) Sr. (a) usa chapa (dentadura, prótese total)? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
212 - O (a) Sr. (a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)? (Se a resposta for sim, pergunte imediatamente se em cima e/ou embaixo). (1) Sim, embaixo (2) Sim, em cima (3) Sim, em cima e embaixo (4) Não (99) Não sabe ou não quer informar
213 - Com que frequência o (a) Sr. (a) sente sua boca seca? (0) Nunca (1) De vez em quando (2) Frequentemente (3) Sempre (99) Não sabe ou não quer informar
214 - Com que frequência o (a) Sr. (a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura? (0) Nunca (1) Raramente (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre (99) Não sabe ou não quer informar
BLOCO SOBRE VIOLÊNCIA [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO (A) IDOSO (A)]
QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DE ABUSO/VIOLÊNCIA
215 - O (a) Sr. (a) tem alguém que lhe faz companhia, que o (a) leva para fazer compras ou ao médico? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
216 - O (a) Sr. (a) está ajudando a sustentar alguém? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
217 - O (a) Sr. (a) muitas vezes se sente triste ou só? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
218 - Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) Sr.(a) deve viver ou onde deve morar? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
219 - O (a) Sr. (a) se sente desconfortável com alguém da sua família? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
220 - O (a) Sr. (a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
221 - O (a) Sr. (a) sente que ninguém quer o (a) Sr. (a) por perto? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar

222 - Alguém da sua família bebe muito? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
223 - Alguém da sua família obriga o (a) Sr. (a) a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando o(a) Sr.(a) sabe que não está? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
224 - Alguém já obrigou o (a) Sr. (a) a fazer coisas que não queria fazer? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
225 - Alguém já pegou coisas que pertencem ao (a) Sr. (a) sem o seu consentimento? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
226 – O (a) Sr. (a) confia na maioria das pessoas da sua família? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
227 - Alguém lhe diz que o (a) Sr. (a) causa muitos problemas? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
228 - Em casa, o (a) Sr. (a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
229 - Alguém próximo ao(a) Sr.(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
230 - O(A) idoso(a) é acamado(a)? (0) Não (1) Sim (99) Não sabe ou não quer informar
APGAR DE FAMÍLIA (SMILKSTEIN, 1978) As questões de 231 – 235 só poderão ser respondidas pelo idoso.
231 - O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre (99) Não sabe ou não quer informar
232 - O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) conversam e compartilham os problemas? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre (99) Não sabe ou não quer informar
233 - O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre (99) Não sabe ou não quer informar
234 - O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre (99) Não sabe ou não quer informar
235 - O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) compartilham o tempo juntos? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre (99) Não sabe ou não quer informar
236 – Pontuação do APGAR da Família: Valor: _____ (1) 0 -4 EDF (2) 5 e 6 MDF (3) 7 a 10 BFF
TERMINEI A ENTREVISTA, AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO, COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA. O NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UNIVERSIDADE, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO COM O (A) SR. (A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. MUITO OBRIGADO(A)!

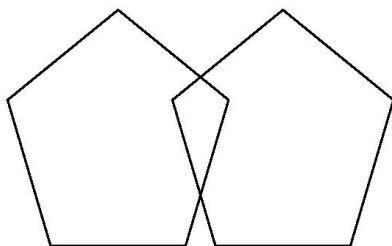
Término da entrevista: ___ h ___ min

Questão 59 –

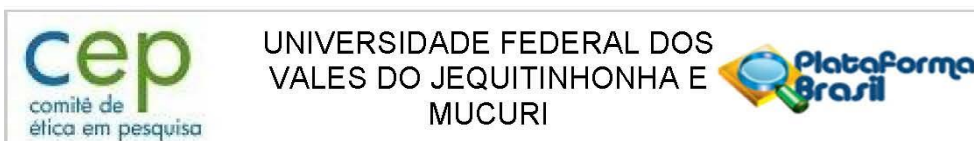
Feche os olhos

Questão 60 – Peça-lhe para escrever uma frase. **Se não compreender o significado, ajude com:** “alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer”.

Questão 61 - Copie esse desenho:



ANEXO D – APROVAÇÃO CEP DA UFVJM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas depressivos e fatores associados em uma cidade polo do Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil

Pesquisador: Paulo Filipe de Mello

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 70749417.6.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.268.447

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório transversal de base populacional para identificar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, da zona urbana em Diamantina, MG. Essa pesquisa será realizada na área de abrangência das Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana da cidade de Diamantina, Minas Gerais, município com população de 45.880 habitantes, localizada a cerca de 296 km da Capital do Estado.

Objetivo da Pesquisa:

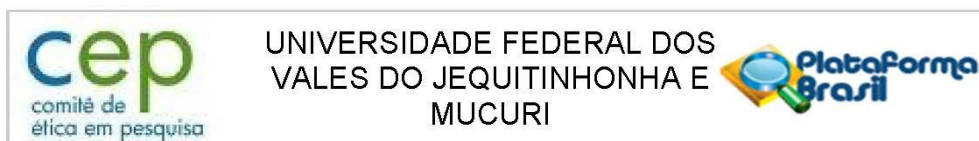
Objetivo Primário:

Investigar a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na população idosa cadastrada na Estratégia de Saúde da Família da área urbana de Diamantina, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a amostra do seguimento segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais dos idosos.
- Determinar a associação entre sintomas depressivos em idosos e indicadores sociodemográficos, condições de saúde, autoavaliação de saúde e estado cognitivo.
- Verificar a associação entre sintomas depressivos e o grau de funcionalidade do idosos.

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.268.447

Referenciar para a Estratégia de Saúde da Família da área de abrangência os casos que durante a pesquisa apresentarem sintomas depressivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto apresentado os riscos e benefícios são os seguintes:

Riscos:

A participação do usuário no projeto envolve riscos mínimos, pois não estaremos testando nenhum novo medicamento ou esquema terapêutico, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. Os riscos previsíveis aos sujeitos entrevistados serão minimizados, visto que a possibilidade de identificação dos mesmos será assegurada pela utilização de um número, correspondente ao número do instrumento.

Tais riscos poderão estar envolvidos com algum tipo de constrangimento que o entrevistado pode vir a sentir em responder alguma pergunta, estes serão minimizados respeitando o direito do entrevistado em não responder à questão sem nenhum prejuízo ao mesmo.

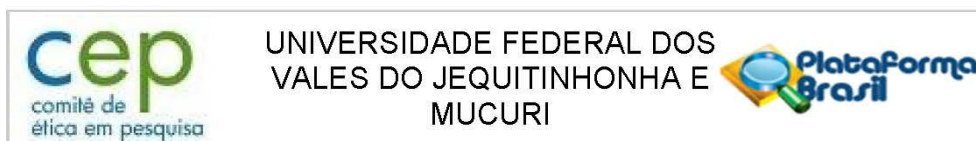
Benefícios:

Os participantes da pesquisa poderão se beneficiar no sentido de passar por uma avaliação durante o processo de coleta na entrevista, sendo como um dos objetivos específicos deste estudo o encaminhamento para a ESF de referência os entrevistados que apresentarem pontuação na escala de GDS – 15 maiores que 5 pontos. Além disso, o desenvolvimento desse estudo será importante para o conhecimento da prevalência dos sintomas depressivos e fatores associados em idosos no município, situação essa desconhecida até o momento que poderá apontar lacunas importantes nas ESFs e assim subsidiar ações efetivas no âmbito da saúde do idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Essa pesquisa será realizada na área de abrangência das Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana da cidade de Diamantina, Minas Gerais. Para o cálculo do tamanho amostral considerando um nível de significância de 95%, erro de estimativa de 4% e uma prevalência de 50% de idosos acima de 60 anos cadastrados pelas ESFs, uma vez que este dado era desconhecido na população de Diamantina. Para compensar eventuais perdas o resultado foi acrescido 20% para as perdas estimadas e 15% para controle dos fatores de confusão. Para tal foi usado o programa Epi-Info, versão 7.2.1.0 de domínio público. de 20% de perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão em estudos de associação, com os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 2552, prevalência para o desfecho desconhecida (50%), nível de confiança de 95%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, tendo-

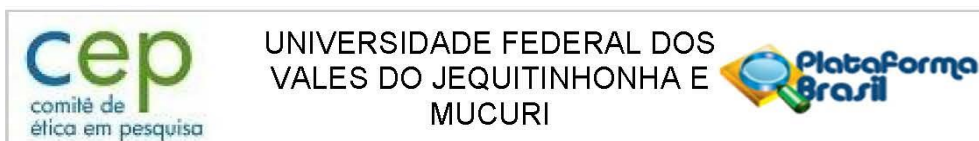
Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.268.447

se uma amostra final de 656 pessoas. Aplicando-se a fórmula descrita, obteve-se tamanho da amostra igual a 656. O processo de amostragem será realizado seguindo a proporção de idosos por ESF. Ao total serão incluídas 08 unidades de saúde que se organizavam sob o regime de ESF. O número de idosos a serem entrevistados em cada unidade foi calculado, proporcionalmente, ao número total de idosos que a unidade tiver cadastrado, a partir deste cálculo serão sorteados: ESF Encontro com a Saúde (Arraial dos Forros) 105 idosos; ESF Bela Vida Diamantina (Bela Vista) 67 idosos; ESF Saúde e Vida (Bom Jesus) 131 idosos; ESF – Cazuzza (Cazuzza) 29 idosos; ESF – Jardim Imperial (Jardim Imperial) 38 idosos; ESF Equipe Sempre Viva Diamantina (Palha) 75 idosos; ESF Renascer (Rio Grande) 110 idosos; ESF Diamante e Vida (Vila Operária) 101 idosos. Em cada residência sorteada, um idoso responderá a um questionário sobre condições sociais, econômicas, sintomas depressivos, autoavaliação das condições de saúde, autopercepção de saúde, ocorrência de doenças crônicas e de dor, prática de atividade física, ocorrência de quedas, uso de medicamentos e de serviços de saúde e saúde mental. Com o objetivo de obter a amostra representativa do município de Diamantina, será realizada uma amostragem aleatória estratificada proporcional, respeitando a distribuição proporcional dos usuários com 60 anos e mais cadastrados nas ESF's da zona urbana de Diamantina. A abordagem aos sujeitos da pesquisa acontecerá em seu próprio domicílio, durante as visitas feitas pelos ACS's da referida unidade juntamente com os pesquisadores envolvidos. Nesta abordagem será apresentado o projeto, os seus objetivos, como ele funciona e de que maneira o indivíduo poderá participar. Será apresentado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice - B) e será dado um tempo para que o paciente possa fazer a leitura do mesmo e retirar suas dúvidas (para pacientes não alfabetizados será feita a leitura na íntegra do TCLE). Para o presente estudo será adotado o questionário do estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014 adaptado, contendo perguntas referentes a avaliação cognitiva e funcional, condições sociais, hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, dieta) quedas, medo de quedas, inclusão digital, saúde bucal, qualidade de vida, sintomas depressivos, violência, uso de serviços de saúde e percepção do ambiente urbano. O detalhamento completo dos objetivos e método do estudo podem ser consultados na página eletrônica do estudo, link EpiFloripa Idoso (www.epifloripa.ufsc.br). questionário elaborado pelo estudo EpiFloripa Idoso é estruturado no formato de entrevista, com 276 questões, elaborado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Nutrição e Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, com a utilização de questionário já validados. O processo de construção do

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.268.447

questionário foi realizado durante reuniões semanais ocorridas durante o mês de março a agosto de 2009 (CORSEUIL, 2010; ANTES, 2011).

Critério de Inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Pessoas de ambos os sexos;
- Não possuir déficit auditivo ou cognitivo impedindo a compreensão das perguntas;
- Residir na área de abrangência das unidades básicas de saúde da zona urbana de Diamantina;

Critério de Exclusão:

- Não ter condições físicas / mentais para responder as perguntas;
- Encontrar hospitalizado;
- Idosos institucionalizados (instituições de longa permanência para idosos, hospitais, presídios);
- Pessoas que se recusaram a participar ou a assinar o TCLE;
- Pessoas que após três tentativas de entrevistas não se encontrarem em seu domicílio.

Metodologia de Análise de Dados:

Serão calculadas medidas de associação da variável de desfecho, sintomas depressivos com as características da população do estudo, morbidade, funcionalidade, autopercepção de saúde, prática de atividade física, utilizando-se o teste Qui-quadrado (χ^2) de Pearson com respectivo valor de p. Para verificar se as associações observadas entre as variáveis estudadas serão próprias ou resultado da interferência de terceiras, procederá uma abordagem multivariada através do modelo de regressão logística. Essa escolha será feita em virtude de se adequar à necessidade de controle de múltiplas variáveis de confusão e de se ter utilizado, como variável resposta, um evento binário, a Escala de Depressão Geriátrica. Os dados serão analisados por meio do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) for Windows, versão 17.0. Todos os resultados serão analisados considerando-se o valor de $p < 0,05$ como diferença significativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

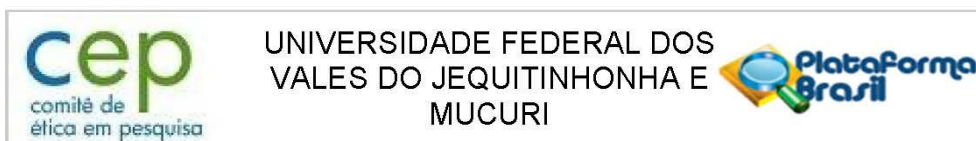
Foram apresentados o Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto, Cronograma o TCLE e a carta da Instituição co-partícipe.

Recomendações:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatórios final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 28/10/2018. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000	CEP: 39.100-000
Bairro: Alto da Jacuba	
UF: MG	Município: DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240	Fax: (38)3532-1200
	E-mail: cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.268.447

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_951759.pdf	04/09/2017 18:44:03		Aceito
Outros	carta_coparticipacao.pdf	04/09/2017 18:43:17	Paulo Filipe de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado1.docx	11/08/2017 08:29:52	Paulo Filipe de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATUALIZADADO2.docx	11/08/2017 08:29:29	Paulo Filipe de Mello	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/07/2017 10:10:40	Paulo Filipe de Mello	Aceito
Outros	Questionario.docx	29/06/2017 12:42:12	Paulo Filipe de Mello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 11 de Setembro de 2017

Assinado por:
Disney Oliver Sivieri Junior
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br