



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FRANCISCO TAVARES SOBRINHO

**RISCO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

**CAJAZEIRAS – PB
2017**

FRANCISCO TAVARES SOBRINHO

RISCO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Me. Fabiana Ferraz Queiroga
Freitas

CAJAZEIRAS – PB
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

T231r Tavares Sobrinho, Francisco.
Risco de depressão em idosos cadastrados na atenção primária à saúde
/ Francisco Tavares Sobrinho. - Cajazeiras, 2017.
72f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Depressão geriátrica. 2. Saúde do idoso. 3. Envelhecimento. 4.
Idosos. I. Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. II. Universidade Federal de
Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-053.9

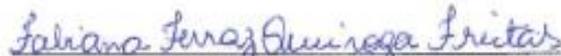
FRANCISCO TAVARES SOBRINHO

**RISCO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

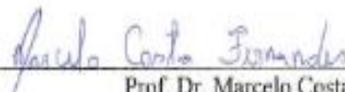
Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Monografia aprovada em: 09/08/2017

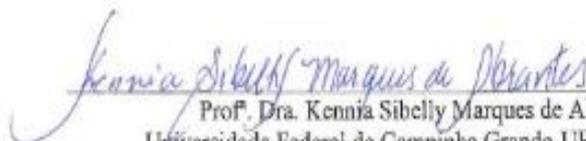
BANCA EXAMINADORA



Prof. M^e. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
(Orientadora)



Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
(Membro examinador)



Prof. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
(Membro examinador)

Dedico essa monografia aos meus amados pais - Pedro Tavares e Tereza Francisca (*in memoriam*) e a minha esposa Bia, que sempre foram os motivadores dos meus sonhos e lutaram junto comigo para concretização dos meus objetivos, sendo os principais responsáveis por tantas felicidades.

AGRADECIMENTOS

Ao pai todo poderoso e sabedor de todas as coisas, Deus, por estar sempre ao meu lado me dando forças para continuar, mesmo nos momentos de fraqueza, sabendo que toda fé nele depositada nunca e nem jamais será em vão.

Aos meus amados pais Pedro Tavares e Tereza Francisca (*in memoriam*), responsáveis por tudo que vem acontecendo em minha vida. A minha mãe, minha fonte de inspiração, que mesmo não estando entre nós tem sido apoio e incentivo, nas horas difíceis de desânimo e cansaço para realização de um sonho nosso. Amo vocês!

A minha esposa Bia, por todo o apoio e confiança depositada em mim, além de todo carinho e motivação nessa jornada. Só tenho a lhe dizer: Eu te amo muito!

Aos meus irmãos, Célio e Vera Lúcia, que sonharam junto comigo. Sempre me dando apoio e motivação para continuar firme no meu propósito.

Aos meus dois sobrinhos Luan e Leo Vítor, presentes de Deus, a quem quero ser exemplo para que os mesmos possam ter orgulho.

A todos os meus familiares e amigos próximos, que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a minha conquista, sendo com palavras de apoio ou de desânimo, mas, que me serviram de estímulo para não desistir.

Ao meu grande amigo e irmão Gustavo Coelho, que me ajudou e incentivou, mesmo sabendo que não era fácil. Sempre dizia que eu conseguiria vencer essa etapa. Muito obrigado meu amigo.

A minha cunhada Eliana, que me ajudou nessa trajetória, incentivando-me e auxiliando-me quando precisei, meu muito obrigado.

Ao meu amigo Joaquim, que teve paciência de me ajudar, fazendo as leituras do que eu escrevia, isso foi muito importante para que eu pudesse chegar ao final deste trabalho.

A minha grande amiga e parceira de trabalho Ana Carla, que me apoiou, deu-me muita força para que eu conseguisse chegar a essa etapa final, muito obrigado a você.

Aos meus professores, irmãos e amigos, Geofabio e Kennia, muito obrigado por tudo, vocês foram anjos de Deus na minha vida.

E aos demais professores da UFCG, do curso de enfermagem, em especial ao Dr. Antônio Fernandes, Monica, Aissa, Marcelo, Renata Diniz, Eliane Leite, Edneide Nunes, Berenice, Claudia e a todos aqueles que fizeram parte dessa história de sucesso.

Aos colegas de turma, essa 2013.1 veio para ficar na história dessa universidade. Muito obrigado pelos momentos vivenciados, na maioria das vezes, difíceis e turbulentos,

mas, momentos muito felizes; e, todos os ensinamentos por vocês dados serão levados para a vida.

Aos profissionais Médicos e Enfermeiros que se dispuseram a participar desse estudo. Aos membros da banca examinadora que contribuíram com seus conhecimentos para enriquecimento desse estudo.

Agradeço a Laraina, pessoa muito competente, que por diversas vezes me ajudou, a você, meu muito obrigado.

A minha orientadora Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, eu só tenho a dizer, muito obrigado, pela disponibilidade, dedicação, cobrança, estímulo e motivação. Sabia que minha escolha tinha sido acertada, mais uma vez muito obrigado por tudo mesmo. A você minha gratidão. Nesse momento só tenho a lhe agradecer!

A todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para a formulação deste trabalho. A vocês meu muito obrigado. Sem a força e o apoio de vocês nada disso seria possível!

Mãe!

Atuamos juntos na cena do parto
Sem cobrar diária, seu ventre foi quarto
De hotel cinco estrelas, pra conforto meu

Mãe!

Sagrada pessoa, que só nos agrada
Eu lhe dando o mundo, não seria nada
Comparando a tudo que você me deu

Mãe!

Na graça ou desgraça, sorrindo ou chorando
No luxo ou na lama, perdendo ou ganhando
Você me dá força, confiança e fé

Mãe!

Quando eu entro em crise, ou caio doente
Todo mundo foge, você tá presente
Me estendendo os braços, pra me ver de pé

Mãe!

Reserva de paz, fonte de energia
Personagem ímpar, luz de estrela guia
Alicerce humano, 100% forte

Mãe!

Rainha sem trono, guerreira sem farda
Mulher com status, de anjo da guarda
Santa duas vezes, na vida e na morte.

(Nonato Costa e Raimundo Nonato)

SOBRINHO, F. T. **Risco de depressão em idosos cadastrados na atenção primária à saúde**. 2017. 72 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2017.

RESUMO

Introdução: Envelhecer pode ser considerado um fenômeno natural, que resulta no aparecimento de fragilidades e vulnerabilidades, que influenciam a saúde e estilo de vida. Esse processo promove transformações no padrão das doenças e acarreta diversas incapacidades, com comprometimento das funções física, cognitiva e sensorial que conduzem à redução das capacidades funcionais, havendo elevada prevalência de perturbação mental, com predomínio para a depressão, frequente na pessoa idosa, que pode ser subdiagnosticado e despercebido. **Objetivo:** Determinar a prevalência do risco de depressão em idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde do Município de Pombal-PB, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão curta (EDG-15). **Método:** Estudo analítico correlacional de corte transversal, conduzido na abordagem quantitativa, realizado no Município de Pombal/Paraíba, vinculado ao projeto de Tese “Fatores Associados à Fragilidade em Idosos no Contexto da Atenção Primária”. A população foi composta por idosos de 65 anos ou mais cadastrados na Atenção Primária a Saúde - APS do Município. Participaram 307 idosos distribuídos proporcionalmente entre as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), obedecendo aos critérios de inclusão de estar cadastrado em uma das UBS há pelo menos seis meses e residir no domicílio cadastrado nas UBS; e com condições locomotoras de participar do estudo. Para coleta dos dados utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida de Yesavage (EDG-15). Os dados foram analisados no Estatística Pack age for the Social Science (SPSS) versão 2.0, em seguida realizou-se o teste de significância de “Qui Quadrado de Pearson”, “teste exato de Fisher” e “regressão de Poisson”. Foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob CAAE: 62429616.0.0000.5149. **Resultados:** Os resultados apontaram associação entre o perfil sócio demográfico e clínico dos participantes e o risco para depressão, os idosos com maior risco para o desenvolvimento de depressão, são: do sexo masculino (41,4%), viúvos ou separados (45,8%), que não trabalham (43,5%), não eram aposentados (55,6%), não frequentou a escola (45,3%), com problemas de saúde (42,7%), que tem diabetes mellitus (56,2%) e que possui doenças na tireoide (69,6%), o que mostrou que essas variáveis tem uma forte relação com a depressão. Dado preocupante do estudo, foi a prevalência de risco de depressão na amostra, onde 41,0% dos idosos entrevistados apresentaram risco para o desenvolvimento de depressão. **Conclusão:** Diante dos resultados obtidos, é possível identificar a prevalência de idosos que apresentam sinais e sintomas de risco para o surgimento da depressão, mostrando que na cidade de Pombal - PB, o número de idosos com risco de depressão é superior aos índices nacionais. O que aponta a necessidade de desenvolver estratégias que possam promover o rastreamento, para que assim, possa possibilitar intervenções que previnam o desenvolvimento da doença.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Envelhecimento. Depressão.

SOBRINHO, F. T. 2017. Risk of depression in elderly enrolled in primary health care. 72f. Monography (Bachelor's Degree in Nursing) - Center for Teacher Training, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2017.

ABSTRACT

Introduction: To age can be considered a natural phenomenon that results in the appearance of fragilities and vulnerabilities, which influence health and lifestyle. This process promotes changes in the pattern of diseases and entails several disabilities, with impairment of the physical, cognitive and sensorial functions that lead reduction of functional capacities, with a high prevalence of mental disturbance, mainly depression, frequent in elderly persons, that can be underdiagnosed and unnoticed. **Objective:** To determine the prevalence of the risk of depression in the elderly enrolled in Primary Health Care in Pombal-PB city, through the application of Yesavage's Geriatric Depression Scale, short version (GDS-15). **Method:** This is a Cross-sectional correlational analytical study based on quantitative approach, realized in Pombal / Paraiba city, linked to the Thesis project "Associated Factors with Fragility in Elderly in the Primary Care Context". The population was composed by elderly people 65 years of age or older enrolled in Primary Health Care – PHC. It was 307 elderly distributed proportionally among the 12 Basic Health Units (BHU) following some criterions, like: to be registered for at least six months in one of BHU, reside in registered address and have locomotive conditions to participate in the study. The data were collected through Yesavage's Geriatric Depression Scale, short version (GDS-15) and analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 2.0. After it was realized the Pearson chisquared significance test, fisher exact test and Poison regression. It was considered the ethical observances contemplated in the regulatory guidelines and norms for research involving human beings - Resolution 466/12 of the National Health Council. The project was evaluated and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais, under Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (CAAE): 62429616.0.0000.5149. **Results:** The results showed an association between the sociodemographic and clinical participants profile and depression risk. The elderly with the highest risk for the development of depression are: male (41,4 %), widow or separated (45,8%), that does not work (43, 5%), that were not pensioner (55,6%), that did not attend school (45,3%), with health problems (42,7%), with diabetes mellitus (56,2%), and with thyroid diseases (69,6%), which showed that these variables have a strong relation with depression. A worrisome data was the prevalence of risk of depression in the sample, which 41.0% of the elderly interviewed presented risk for the development of this disease. **Conclusion:** In view of the results obtained, it is possible to identify the prevalence of elderly people presenting signs and symptoms of risk for the onset of depression, showing that in Pombal - PB city, the number of elderly people at risk of this disease is higher than the national indexes. This indicates the need to develop strategies that can promote the tracing, so that enable interventions to prevent the development of this disease.

Key Words: Primary Health Care. Aging. Depression.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

EEUFMG - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMG – Organização Mundial de Saúde

RP - Razão de prevalência

SUS - Sistema Único de Saúde

SPSS - *Pack age for the Social Science*

UBS – Unidade Básica de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Descrição dos dados sociodemográficos (amostra=307) | 35 |
| Tabela 2 - Descrição dos dados relativos à escolaridade..... | 36 |
| Tabela 3 - Descrição dos dados relativos aos hábitos de vida..... | 36 |
| Tabela 4 - Descrição do estado de saúde da amostra | 37 |
| Tabela 5 - Associações da depressão com os dados sociodemográficos..... | 38 |
| Tabela 6 - Associações da depressão com os dados relativos à hábitos de vida | 39 |
| Tabela 7 - Associação da depressão com os dados relativos ao estado de saúde..... | 39 |
| Tabela 8 - Modelo multivariado da prevalência de depressão para os hábitos de vida e o estado de saúde na depressão..... | 41 |
| Tabela 9 - Prevalência de risco de depressão | 41 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 Objetivo Geral | 18 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 18 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 19 |
| 3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA | 20 |
| 3.2 DEPRESSÃO: SINTOMAS, CAUSAS E DIAGNÓSTICO | 22 |
| 3.3 DEPRESSÃO EM IDOSOS | 25 |
| 4 METODOLOGIA | 28 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 29 |
| 4.2 CAMPO DE ESTUDO | 29 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 30 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA..... | 31 |
| 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NA AMOSTRA..... | 31 |
| 4.6 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 31 |
| 4.7 ANÁLISE DOS DADOS | 32 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS | 32 |
| 5 RESULTADOS | 34 |
| 5.1 DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA | 35 |
| 5.2 ESTADO DE SAÚDE DA AMOSTRA | 37 |
| 5.3 ASSOCIAÇÕES DA DEPRESSÃO COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS..... | 38 |
| 5.4 ASSOCIAÇÃO DA DEPRESSÃO COM OS DADOS RELATIVOS AO ESTADO DE SAÚDE..... | 39 |
| 5.5 MODELO MULTIVARIADO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PARA OS HÁBITOS DE VIDA E O ESTADO DE SAÚDE NA DEPRESSÃO | 40 |
| 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 42 |
| 6.1 DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA | 43 |
| 6.2 ESTADO DE SAÚDE DA AMOSTRA | 45 |
| 6.3 ASSOCIAÇÕES DOS RISCOS PARA DEPRESSÃO COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS..... | 46 |
| 6.4 ASSOCIAÇÃO DA DEPRESSÃO COM OS DADOS RELATIVOS AO ESTADO DE SAÚDE..... | 49 |
| 6.5 MODELO MULTIVARIADO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PARA OS HÁBITOS DE VIDA E O ESTADO DE SAÚDE NA DEPRESSÃO | 50 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 52 |

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

O envelhecimento pode ser considerado um processo ativo e progressivo, com transformações em todas as funções orgânicas, não que isso seja decorrente de algum processo patológico, mas, sim, das modificações naturais do processo biológico. Isso caracteriza o envelhecimento não como doença, mas, processo natural e inerente ao ser humano.

O que define teoricamente o envelhecimento, são as mudanças orgânicas e funcionais, que estão relacionadas a deficiência e redução do desempenho biológico que resultam das perdas decorrentes da idade. Assim, envelhecer pode ser considerado um fenômeno natural, com aparecimento de fragilidades e vulnerabilidades, que influenciam a saúde e o estilo de vida (LANA; SCHNEIDER, 2014).

Partindo do pressuposto de que o envelhecimento se caracteriza pelo acúmulo de uma grande variedade de alterações moleculares e celulares, essas alterações levam a um prejuízo gradual nas funções e reservas fisiológicas, aumentando a capacidade intrínseca do indivíduo de contrair e desenvolver diversas doenças. Pode-se dizer que não existe uma idade universal para definir quem é idoso, vai depender de um contexto amplo, relacionado ao conjunto de elementos que envolvem o plano econômico, cultural e histórico, sob os quais cada pessoa está inserida (OMS, 2015).

Avalia-se que a população mundial com 60 anos ou mais dobre para quase 2 bilhões de pessoas até 2050, observando-se que 80% dessas viverão em países subdesenvolvidos (OFFICER *et al.*, 2015). Com a progressão do envelhecimento populacional, vem se buscando ampliar a visão globalizada dos problemas associados a essa faixa etária.

É notório que o Brasil tem avançado no processo de envelhecimento, como se observou em 2011 em que cerca de 20,5 milhões de pessoas eram idosas, correspondendo a 10,8% do total dessa população. Nessa perspectiva estima-se que até 2020, a população brasileira tenha envelhecido e chegue a somar um total de 30,9 milhões de pessoas idosas, equivalente a 14% da população total. Considerando a faixa etária de 60 anos como idade que define o início da velhice nesse país (KÜCHEMANN, 2012). Esses dados evidenciam que o processo de envelhecimento populacional está em um fluxo crescente no Brasil, e que a consequência ocorrida com a chegada do mesmo traz mudanças demográficas não só para o idoso, mas também para a sua família.

A população brasileira vem envelhecendo progressivamente, acompanhando a tendência dos países desenvolvidos. Esse processo promove transformações no padrão das doenças e acarreta diversas incapacidades, com comprometimento das funções física,

cognitiva e sensorial que conduzem à redução das capacidades funcionais, havendo elevada prevalência de perturbação mental, com predomínio para a depressão (LEAL *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a depressão é um transtorno afetivo, também considerado um distúrbio do humor, que traz uma série de consequências causando prejuízos funcionais, independentemente da idade (SILVA *et al.*, 2014). Na pessoa idosa, o processo de depressão é frequente, porém, pode ser subdiagnosticada e despercebida.

Com isso, percebe-se a real necessidade, de medidas que possam contribuir com o rastreio da depressão em pessoas idosas, tendo em vista que o aumento no número de idosos com depressão, desta feita se faz necessário que os profissionais da saúde identifique e tenham atitude de buscar soluções que venham contribuir com a prevenção da mesma.

Diversos profissionais da área da saúde veem os sintomas da depressão como manifestações naturais do processo de envelhecimento. Uma realidade identificada ao longo de minha atuação profissional, como técnico de enfermagem, e no decorrer de atividades curriculares enquanto graduando de enfermagem. Essa situação provoca inquietação por considerarmos necessário agir e olhar de forma diferenciada essa temática, associados ao maior preparo dos profissionais de saúde, sobretudo dos que atuam no nível primário de atenção à saúde, por funcionar como principal porta de entrada do sistema de saúde e demais serviços impulsionador das medidas de promoção e prevenção de doenças.

Uma das medidas que contribuem com a identificação de sinais e sintomas que predizem risco para depressão é a aplicação de instrumentos que auxiliam no precoce diagnóstico considerados de rápida e fácil aplicação e de grande valia para essa identificação.

Dentre os mais utilizados, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) desenvolvida por Yesavage *et al.* (1983), possibilita o levantamento dos sintomas a partir de perguntas relacionadas a mudança de humor, sentimento de desesperança, desamparo, aborrecimento, desinteresse e felicidade. Apresentado em duas versões, ambas validadas no Brasil, a original com 30 (EDG-30) itens. Na versão curta tem 15 (EDG-15) itens, a qual vem ganhando espaço por reduzir expressivamente o tempo gasto na aplicação e ter a mesma confiabilidade nos resultados (NÓBREGA *et al.*, 2015).

A utilização da EDG-15 na prática assistencial contribui significativamente, para o diagnóstico da depressão, esse instrumento por sua vez trará grande contribuição para uma melhor qualidade na assistência, como também na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, pois com a identificação precoce, é possível intervir evitando o desenvolvimento da depressão, considerando-se sempre a individualidade de cada ser.

Diante o exposto, surgiram o questionamento: Como determinar a prevalência do risco de depressão em idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde?

2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência do risco de depressão em idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde do Município de Pombal-PB, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão curta (EDG-15).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo;
- Analisar a associação entre depressão e variáveis sociodemográficas/clínicas.

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

Entende-se como processo de envelhecimento, as alterações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo de forma contínua e gradual em organismos multicelulares, tais alterações acontecem nas moléculas e nas células que acabam por prejudicar o funcionamento dos órgãos e do organismo em geral (FALSARELLA *et al.*, 2014).

Partindo de uma perspectiva biológica, esse processo caracteriza-se pela redução da capacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, essas alterações variam e envolvem diferentes ritmos e formas de envelhecimento, que depende de fatores ambientais, culturais e genéticos, além da presença ou ausência de condições patológicas, desassociando-se o envelhecimento de doenças ou incapacidade (MENESES *et al.*, 2013).

O envelhecimento populacional é um fenômeno que acontece em escala mundial. O que antes acontecia em especial nos países desenvolvidos, agora vem ganhando destaque nos países em desenvolvimento, esse processo também denominado de “transição demográfica”, constitui-se um processo relativamente novo e inegável nesses países. No Brasil esse processo está crescendo de forma acelerada, acompanhando a tendência mundial (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015).

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, determina que no Brasil pessoas com 60 anos ou mais são consideradas idosas. Esse processo caracteriza-se pelo aumento da expectativa de vida e uma constante queda na taxa de fecundidade, o que resulta numa grande quantidade de idosos, desta feita levando uma redução significativa no número de crianças e jovens. Isso leva o Brasil a passar por uma transição demográfica, na qual provoca uma inversão do formato da pirâmide etária (MIRANDA; MENDE; SILVA, 2015).

É notório que a idade cronológica de uma pessoa, é dada pelo tempo transcorrido entre a data do nascimento e a idade atual. Sendo assim, do ponto de vista internacional, a idade mínima para considerar uma pessoa idosa vai depender do padrão adotado em cada país. Segundo a OMS, nos países desenvolvido só é considerado idoso o indivíduo com mais de 65 anos, no entanto, em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, essa idade cai para 60 anos.

No Brasil no ano de 2015 a proporção total de pessoas com 60 anos ou mais foi de 11,7% e este indicador dobraria, para 23,5%, em 24,3 anos, ou seja, próximo ao ano de 2039. O indicador brasileiro do processo de envelhecimento aproxima-se das projeções dos países

desenvolvidos, estima-se que em 2070 a proporção da população de idosos no Brasil seja acima 35%, seria inclusive, superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos (IBGE, 2016).

Analisando-se dados das projeções populacionais, espera-se que o crescimento da população brasileira na proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade, seria acentuada nas próximas décadas. Esse aumento substancial da proporção de idosos terá destaque para a velocidade com que esta mudança se dará no perfil etário da população (OMS, 2015).

Vale salientar que o processo de envelhecimento da população tem por base as grandes transformações das políticas socioeconômicas que geraram mudanças nesses perfis. Se esse processo de transição acontecer em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito acentuadas. Particularmente, se os recursos materiais dessa sociedade forem limitados (PORCIÚNCULA *et al.*, 2014).

Nesse caso, o grande desafio será concentrar e lidar com as necessidades dos idosos, sendo que as prioridades continuem da mesma forma, claramente relacionadas a outros grupos etários da população que têm necessidades médicas e sociais específicas, com poucos recursos, pois, mesmo havendo políticas específicas para os idosos, percebe-se a necessidade de maior atenção e demanda de recursos financeiros a essa população.

No que diz respeito às Políticas de saúde no ano de 1999 foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que veio reafirmar os princípios da Política Nacional do Idoso no âmbito do SUS. Assim, o estatuto do idoso publicado em 2003 garante o direito ao tratamento de saúde a pessoa idosa. Já no ano de 2006 foi publicada a Portaria nº 2.528, recomendando aos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, que originassem a elaboração ou readequação de seus programas, na ocasião propondo inclusive a revisão das Portarias nº 702 e 249, de 2002, estabelecendo como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, além dos direitos conquistados na constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

Frente ao exposto, pode-se perceber as melhorias e avanços ocorridos na assistência à saúde da pessoa idosa, após a consolidação das políticas públicas de saúde, mas; muito se tem a evoluir no que diz respeito à atenção à saúde do idoso, tendo como ponto principal, oferecer melhor qualidade de vida e bem-estar.

Na busca compreensão a sistematização dos processos contínuos de acompanhamento e avaliação da saúde das pessoas da terceira idade. Isso permite verificar o alcance de seu propósito, definindo saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da

satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças (MORAES, 2012).

Evidencia-se que o envelhecimento populacional traz consigo várias necessidades, e as políticas públicas, não vem acompanhadas com a mesma velocidade com que vem acontecendo esse crescimento, o que torna isso um grande desafio. Esse processo traz como consequência a inversão das responsabilidades sobre o idoso dependente, que termina sendo assumida por seus familiares como um problema individual ou familiar, devido à ausência ou precariedade do suporte que deve ser de responsabilidade do Estado (SANTOS; SILVA, 2013).

Diante desse novo perfil epidemiológico e demográfico requer grandes investimentos em políticas públicas de saúde a serem implementadas que deve ser responsabilidade das três esferas de governo – municipal, estadual e federal. Frente a esta realidade apresentada, a demanda por estudos acadêmicos e técnicos sobre o fenômeno do envelhecimento e o aumento da longevidade tem aumentado significativamente e essas bibliografias emprestam aos questionamentos levantados um novo valor para auxiliar as políticas públicas nas áreas econômica, social, psicológica e, sobretudo, no campo da Saúde.

O que nos leva a entender também que os fatores socioeconômicos e culturais são os responsáveis pela longevidade, e que o aumento da expectativa de vida, vai depender do cenário no qual o indivíduo está inserido (GONÇALVES, 2012).

Neste contexto, o surgimento da depressão na terceira idade, tendo como consequência a fragilização do idoso, decorrente de fatores biológicos, psicológicos, cognitivo e sociais, que podem levar a pessoa idosa a desenvolver incapacidades, representando um importante problema de saúde pública. Nesta perspectiva o idoso com depressão deve ser compreendido como prioridade frente as políticas públicas de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015). Essa situação emerge como um desafio sem precedentes para os profissionais de saúde.

3.2 DEPRESSÃO: SINTOMAS, CAUSAS E DIAGNÓSTICO

Depressão é um distúrbio do humor e também considerada uma condição médica. Os termos depressão e transtornos afetivos são utilizados para definir de forma equivalente, porém o seu sentido é muito mais amplo. Está relacionado ao estado de ânimo, que corresponde a dificuldades no campo emocional, na capacidade cognitiva, no comportamento e na alteração das funções corporais do indivíduo.

A palavra depressão tem sido usada de forma corriqueira sem nenhuma preocupação pelos profissionais de saúde quando estão avaliando os idosos, ou se quer levar em consideração um diagnóstico diferencial. Nos dias atuais, muitas perturbações mentais por não terem um diagnóstico diferenciado têm sido substituídas pela palavra depressão, causando assim, uma grande confusão no entendimento e tratamento da doença.

Percebe-se ausência de consenso em relação ao uso do termo depressão, uma vez que alguns autores a associam a sinais e sintomas de diversos transtornos mentais, enquanto outros defendem a necessidade de uma distinção entre o diagnóstico destas doença (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

Assim, para Pinto Júnior *et al.* (2015) a depressão é a forma mais comum de transtornos afetivos, definida como transtorno de humor de caráter multifatorial que envolve aspectos afetivos, motivacionais, cognitivos e neurovegetativos que necessitam ser levados em consideração em sua avaliação e tratamento.

Neste sentido a depressão é considerada um transtorno psiquiátrico não psicótico, pois inclui o conjunto denominado por perturbação mental comum, que apresenta características como sinais e sintomas de irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas. Os pacientes podem mostrar-se com problemas agudos de ansiedade ou sintomas menos graves, associados aos fatores estressantes da vida, com predomínio de sintomas somáticos em relação aos psicológicos, o que leva a necessidade de atenção para o diagnóstico diferenciado, a fim deste transtorno não ser confundido com outras perturbações (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

O transtorno depressivo habitualmente tem suas causas associadas a diversos elementos, que podem resultar de uma combinação e desequilíbrio de fatores biológicos, psicológicos e sociais como: perda na capacidade física, mudanças na aparência, papel social, morte de outros, ou ainda instabilidade financeira (COHEN; PASKULIN; PRIEB, 2015).

O transtorno do humor é uma condição relativamente corriqueira, sendo a depressão a mais comum entre eles, de curso crônico e recorrente. A depressão está comumente associada com a perda das funções que leva ao comprometimento da saúde física. Os pacientes com depressão demonstram limitações de suas atividades e bem-estar, além de uma maior frequência na procura por atendimento nos serviços de atenção à saúde.

Avalia-se nos dias atuais, que a depressão atinja cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, e, que, as expectativas de melhoras não sejam otimistas, o que coloca a depressão como prioridade de saúde pública, por caracterizar-se a segunda principal causa de incapacidade que contribuí significativamente para o aumento da carga de doença

globalmente considerada como mal do século (ROCHA; HARA; BARBOSA, 2016). Desta forma, por ser considerada o mal do século XXI, ou seja, o mal da atualidade, e, um grande problema de saúde pública, a depressão está presente em todas as faixas etárias, desde a infância à longevidade.

Assim, avalia-se que a maioria dos casos de pessoas acometidas por depressão não são identificados pelo médico clínico em cuidados de atenção primária, visto que, na maioria das vezes, os pacientes deprimidos não recebem tratamentos específicos e nem suficientemente adequados, por não terem um olhar diferenciado, para que assim cheguem ao diagnóstico correto (CRISÓSTOMO, 2014).

3.3 DEPRESSÃO EM IDOSOS

Com a chegada do envelhecimento, pode-se perceber que este processo é acompanhado por alterações físicas, sociais e psicológicas, que pode gerar sentimentos de ansiedade, medo, insegurança, conflitos e solidão, contribuindo com o aparecimento de comorbidades e doenças comuns a essa fase da vida, como a depressão (SILVA *et al.*, 2014).

A depressão em pessoas idosas é realidade no cenário nacional e internacional, e relaciona-se ao acelerado processo de envelhecimento da população mundial. No Brasil, os desafios atribuídos a esse fenômeno, é a dificuldade na realização do diagnóstico, o que vem acarretando aumento na morbimortalidade dessa parcela da população, contribuindo com aumento pela procura por atendimento nos serviços de atenção à saúde (COHEN; PASKULIN; PRIEB, 2015).

Vale ressaltar que os transtornos mentais são comuns, e é frequente a procura nos serviços de saúde de pessoas com sinais e sintomas de depressão. Os mesmos apresentam-se com manifestações por meio de queixas somáticas inespecíficas, que se tratando de pessoas idosas são na maioria das vezes confundidas como manifestações normais para idade, que por sua vez não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão, sendo, portanto, subestimados entre os diagnósticos referidos.

Ainda relacionado as pessoas idosas, os desequilíbrios dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, podem torná-los mais vulneráveis ao desenvolvimento da depressão, pois, os idosos depressivos tendem a sentir-se como se seu mundo tivesse se estreitado e suas escolhas se tornassem restritas, contribuindo com a perda de interesses e preferências pelo que antes era considerado importante (COHEN; PASKULIN; PRIEB, 2015).

Embora, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o texto da I Conferência Nacional dos Direitos do Idoso assegurem que a saúde mental é demanda importante e que deve ser levada em consideração pela sua alta prevalência nessa faixa etária, sua prática ainda é insatisfatória, mostrada através do subdiagnóstico que atrapalha a condução, o cuidado e tratamento adequado dos transtornos mentais que acometem as pessoas idosas (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 151 milhões de pessoas tenham suas atividades diárias e sua saúde no geral comprometidas em decorrência da depressão. Em vários países do mundo, incluindo o Brasil, a depressão é uma das perturbações mentais que mais afetam a saúde do indivíduo, sendo considerada a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos.

A prevalência em idosos é de 15%, no entanto, esta pode variar entre os que vivem em comunidades, sendo sua estimativa em torno de 2 a 14% e nos institucionalizados esses números podem alcançar o dobro, atingindo 30%. Pode-se então, dizer que a depressão é uma doença comum e que é, uma das maiores causadoras de morbidade clínica, que leva a perda da qualidade de vida, e torna a pessoa idosa incapacitada (LOPES *et al.*, 2015).

Diante do contexto apresentado, faz-se necessário entender a importância de um olhar diferenciado com intuito de buscar resolutividade para esse problema que gera grande impacto na saúde da pessoa idosa (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

O transtorno depressivo em idosos habitualmente associa-se a algum tipo de perda na capacidade física, mudanças na aparência, exclusão social, morte de pessoas queridas ou ainda problemas financeiros. (WAGNER, 2015).

Esses sentimentos se devem ao fato que o quadro depressivo é composto por diversos sintomas que podem ser confundidos com outros estados de sentimentos que dificultam a identificação diferindo acentuadamente em grau e, algumas vezes, em espécie. Compreende-se que na população idosa particularmente, os quadros de depressão têm características clínicas típicas dessa fase da vida, havendo redução da resposta emocional, com o processo de envelhecimento, ocasionado preponderância de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades do dia a dia, pensamentos voltado ao passado e perda de energia (BRAGA; SANTANA; FERREIRA, 2015).

O que caracteriza a importância do olhar atento a história de vida do sujeito, para o diagnóstico da depressão em idosos. É fundamental uma avaliação mais completa, para que se possa descartar associação com outras doenças, que podem vir a confundir o diagnóstico preciso da depressão.

Pois, por associar-se a uma variedade de alterações físicas e perdas cognitivos, a sobreposição dos sintomas que são considerados como algo normal nessa faixa etária, pode levar o subdiagnóstico e subtratamento da depressão (ORTIZ; WANDERLEY, 2013).

Dentro desse contexto, pode-se referir que a saúde mental na sexta fase da vida é de grande importância no equilíbrio e na prevenção de doenças incapacitantes. Portanto, faz-se necessário voltar os olhares para os quadros de depressão no idoso, por ser o transtorno mais comum nessa faixa etária.

Apesar de sua relevância, a depressão ainda é muito subdiagnosticada. Estima-se que sua prevalência no Brasil entre os idosos tenha uma variação entre 4,7 a 36,8%, os resultados vão depender do instrumento utilizado na avaliação e dos pontos de corte para detectar os sintomas (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

Diante o subdiagnóstico, vários instrumentos foram desenvolvidos, a nível internacional ou nacional, entre esses cita-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), atualmente um dos mais utilizados, no cenário mundial e brasileiro, como ferramenta de auxílio no reconhecimento dos sintomas depressivos, devido eficácia em seus resultados (SANTOS; SANTOS, 2015).

A EDG funciona como instrumento rastreador dos sintomas depressivos, tendo uma boa aceitação na clínica e na pesquisa. Descrita em língua inglesa por Yesavage *et al.* (1983), tendo em sua versão original 30 questões, logo foi desenvolvida uma versão reduzida com 15 perguntas (EDG -15). Esta foi elaborada por Sheik & Yesavage com base nos itens que mais intimamente se relacionavam com o diagnóstico de depressão, facilitando a identificação dos sintomas da depressão no idoso evitando a esfera das queixas somáticas (YESAVAGE *et al.*, 1983), tendo sido adaptada para a língua portuguesa em 1999, por Almeida & Almeida.

Desenvolvida para auxiliar no diagnóstico de depressão e monitoramento da gravidade dos sintomas em idosos (ANTES *et al.*, 2012), a EDG-15 possui questões com respostas dicotômicas (“sim” e “não”), com a pontuação total máxima de 15 pontos, sendo que “0 a 5 pontos” significa ausência de depressão, “6 a 10 pontos” representam depressão leve a moderada e “11 a 15 pontos” indicam quadro de depressão grave. A utilização desse instrumento facilita a detecção da depressão na população idosa, avaliando o humor, sentimentos como desesperança, desamparo, aborrecimento, desinteresse e felicidade, esse conjunto de fatores facilita a avaliação da presença de sintomas depressivos, desta forma auxiliando no diagnóstico da depressão no idoso (COHEN *et al.*, 2015).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo analítico correlacional de corte transversal, conduzido na abordagem quantitativa.

As pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno, pesquisando hipóteses previamente elaboradas, buscando fatores que cooperem para a manifestação de uma certa doença (MARCONI; LAKATOS, 2010).

No estudo correlacional procura-se explorar as relações existentes entre as variáveis, de forma independente, sem a relação de causa-efeito. Assim não permite que os estudos das relações entre variáveis sejam modificáveis, porque não há a manipulação de variáveis, sendo a prognóstico o tipo de relação mais frequentemente estabelecida (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Nesse sentido, o corte transversal é um tipo de estudo no qual existe relação exposição da situação ou problema em uma população, e é investigado em um determinado espaço de tempo, fornecendo a representação em que se encontra aquela população (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

Deste modo, o método quantitativo é um processo sistemático de captação de dados observáveis e quantificáveis, com estímulo do pensamento dos entrevistados de forma livre acerca do tema abordado. Baseia-se na observação de fatos e objetivos, de acontecimentos e de fenômenos que existem independentemente do investigador (KÖCHE, 2011).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Pombal, no sertão do Estado da Paraíba, situada 371 km de distância da Capital João Pessoa, com área territorial de 888,807 km², sua população está estimada 32.739 habitantes (IBGE, 2017).

Para cenário deste estudo optou-se pela APS, especificamente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido a aproximação e vínculo que os profissionais das UBS's têm para com a população por eles assistida, facilitando a identificação dos participantes do estudo.

Atualmente, o município encontra-se distribuído em 12 UBS, sendo que três (3) estão localizadas na zona rural e nove (9) na zona urbana.

A escolha deste município é impulsionada pela vivência com a população idosa no âmbito da APS, associado à carência de estudos que abordem essa parcela da população no âmbito local, fazendo surgir à indagação sobre a prevalência de depressão, impulsionando a busca por reflexões que contribuam com o estabelecimento de competências e estratégias de ação consolidadas para o cuidado a pessoa idosa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Considera-se população como um conjunto de seres animados ou inanimados que apresentem pelo menos uma particularidade em comum (MARCONI; LAKATOS, 2010). A população do estudo foi composta por idosos de 65 anos ou mais cadastrados na Atenção Primária a Saúde (APS) do Município de Pombal-PB.

Para o cálculo do tamanho amostral, por tratar-se de estudo vinculado a um projeto de Tese intitulado “Fatores Associados à Fragilidade em Idosos no Contexto da Atenção Primária” considerou-se a prevalência de fragilidade e risco de fragilização igual a 65,8% (NERI *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013; CASSONI *et al.*, 2014; NUNES *et al.*, 2015; BRASIL, 2007).

Em seguida, adotou-se a função:

$$n = \frac{Z^2(p.q)N}{E^2(N-1) + Z^2(p.q)}$$

Sendo, n: tamanho da amostra; N: tamanho da população; p: probabilidade de o evento avaliado ocorrer; q: probabilidade do evento estudado não ocorrer; Z: nível de confiança; E: erro amostral, que estabeleceu 307 pessoas idosas como amostra estimada, com o nível de significância de 95% e erro amostral igual a 5%.

Para este fim será utilizado a fórmula:

$$n = \frac{N \times Ni}{\text{total}}$$

total

Sendo, n: amostra calculada; N: número de idosos cadastrados em cada unidade básica de saúde; Ni: número de idosos da amostra, equivalente a 307; Total: número total de idosos da população em estudo, equivalente a 2.972.

A partir desses números, os 307 idosos foram distribuídos proporcionalmente entre as 12 UBS com a finalidade de garantir representatividade proporcional entre todas as unidades, sendo respectivamente: 18 (UBS 1), 32 (UBS 2), 18 (UBS 3), 28 (UBS 4), 26 (UBS 5), 30 (UBS 6), 33 (UBS 7), 33 (UBS 8), 32 (UBS 9), 19 (UBS 10), 14 (UBS 11) e 24 (UBS 12); idosos cujos endereços foram selecionados, por sorteio aleatório, a fim de que todos apresentassem a mesma possibilidade de serem incluídos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA

A amostra foi constituída por idosos com idade igual ou superior a 65 anos, tomando essa faixa etária por base frente a facilidade de comparação com estudos internacionais; cadastrados em uma das UBS há pelo menos seis meses e residentes no domicílio cadastrado nas UBS.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NA AMOSTRA

Como critérios de exclusão adotou-se idosos ausentes de suas residências após três tentativas de visita, em condição de hospitalização.

4.6 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a captação dos idosos que fizeram parte da pesquisa, realizou-se o levantamento dos endereços, em cada UBS, por meio do prontuário, instrumento que armazena conjunto de informações, que são registradas sobre determinada pessoa de forma padronizada e organizada; referente a assistência prestada ao usuário (BOTELHO, 2014).

A partir do levantamento dos endereços, os idosos com idade igual ou superior a 65 anos foram sorteados aleatoriamente, considerando-se apenas um idoso por residência, caso tivesse mais. Após, as visitas as residências dos idosos, eram agendadas e realizadas na companhia do Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável por aquela determinada área.

Na ocasião, os objetivos do estudo eram apresentados, seguido da coleta de dados sociodemográficos e clínicos, por meio de instrumento próprio (APÊNDICE I). Em seguida fazia-se a avaliação do humor utilizando-se a Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida de Yesavage (EDG-15) (APÊNDICE II), na qual contém 15 perguntas de cunho afirmativo e negativo, cujo objetivo é auxiliar no diagnóstico da depressão ou risco para depressão em pessoas idosas (YESAVAGE *et al.*, 1983).

A EDG-15 possui questões com respostas dicotômicas (“sim” ou “não”), com a pontuação total máxima de 15 pontos, sendo a intensidade de sintomas depressivos consideradas de “0 a 5 pontos” como ausência de depressão, “6 a 10 pontos” depressão leve a moderada e “11 a 15 pontos” depressão grave. A utilização desse instrumento facilita a detecção da depressão na população idosa, avaliando o humor, sentimentos como: desesperança, desamparo, aborrecimento, desinteresse e felicidade; conjunto de fatores que facilitam a avaliação da presença de sintomas depressivos, auxiliando no diagnóstico do risco para depressão (COHEN *et al.*, 2015).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados no Estatística *Pack age for the Social Science* (SPSS) versão 2.0. Além das estatísticas descritivas de frequência relativa e absoluta, foi realizado teste de significância de “Qui Quadrado de Pearson” e “teste exato de Fisher”. Aqueles que apresentaram associação com nível de significância menor ou igual a 0,20, foram levadas em consideração para um modelo múltiplo de “regressão de Poisson”. Foi utilizado o estimador robusto na matriz de covariância para obter erros padrões mais confiáveis.

A magnitude dos efeitos dos testes foi interpretada como razão de prevalência (RP), com intervalos de confiança de 95%. As variáveis foram saindo do modelo segundo a ordem das maiores significâncias, até que restassem apenas as que apresentassem significância menor ou igual a 0,05 ($\alpha = 0,05$).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para condução do estudo respeitou-se as observâncias éticas e recomendações contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa, envolvendo seres

humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, após prévia autorização do secretário de saúde, responsável pela Atenção Primária à Saúde do município de Pombal, Paraíba. Aprovado sob Número do Parecer: 1.870.226 e CAAE: 62429616.0.0000.5149.

Além disso, alguns aspectos foram considerados: o anonimato garantido ao longo do estudo podendo se recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum aos mesmos. Ressalta-se ainda que embora todas as pesquisas envolvendo seres humanos possam gerar riscos, essa pesquisa apresentou risco mínimo relacionado à exposição de ideias que pudessem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos foram minimizados visto que aos participantes eram garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade. No entanto seu desenvolvimento traz inúmeros benefícios para os pesquisadores, usuários da APS, comunidade acadêmica e profissionais da saúde, que por meio dos dados contidos neste estudo subsidiarão novos olhares para a assistência à saúde da pessoa idosa.

A seguir, apresenta-se tabelas elaboradas a partir da análise dos dados demonstrados durante a pesquisa, que permitiram averiguar o perfil dos idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde do Município de Pombal-PB, bem como, determinar a prevalência do risco de depressão em idosos, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão curta (EDG-15) e analisar a associação da depressão com variáveis sociodemográficas e clínicas.

5.1 DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Através da tabela 1 observa-se que a amostra foi composta em sua maioria por idosos sexo feminino (71,7%), casados (47,9%), católicos (85,3%), não trabalham atualmente (90,6%), a maioria aposentados (91,2%) e não moram sozinhos (87,0%).

Tabela 1 - Descrição dos dados sociodemográficos (amostra=307). Pombal, Paraíba, 2017.

| | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 87 | 28,3 |
| Feminino | 220 | 71,7 |
| Estado civil | | |
| Casado/união estável | 147 | 47,9 |
| Viúvo | 120 | 39,1 |
| Separado ou divorciado | 24 | 7,8 |
| Solteiro | 16 | 5,2 |
| Religião | | |
| Católica | 262 | 85,3 |
| Evangélica | 44 | 14,3 |
| Sem religião | 1 | 0,3 |
| Você está trabalhando atualmente | | |
| Sim | 29 | 9,4 |
| Não | 278 | 90,6 |
| Aposentado | | |
| Sim | 280 | 91,2 |
| Não | 27 | 8,8 |
| Mora sozinho | | |
| Sim | 40 | 13,0 |
| Não | 267 | 87,0 |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

A análise da tabela 2 mostra que uma pequena maioria frequentou a escola (65,5%) e se disseram alfabetizados (57,0%), mas poucos têm mais de 12 anos de estudo (4,9%).

Tabela 2 - Descrição dos dados relativos à escolaridade, Pombal, Paraíba, 2017.

| | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Frequentou a escola | | |
| Sim | 201 | 65,5 |
| Não | 106 | 34,5 |
| Quantos anos | | |
| Zero ano | 109 | 35,5 |
| 1-4 anos | 134 | 43,6 |
| 5-8 anos | 35 | 11,4 |
| 9-11 anos | 14 | 4,6 |
| 12 anos ou + | 15 | 4,9 |
| Alfabetizado | | |
| Analfabeto | 132 | 43,0 |
| Alfabetizado | 175 | 57,0 |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

A maioria não consome bebida alcoólica (90,2%) e não fumam (87,6%), mas também não praticam atividade física (76,5%). Entre os que participam, o tipo mais comum foi a caminhada (86,1%), quatro a sete vezes por semana (55,6%), (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição dos dados relativos aos hábitos de vida, Pombal, Paraíba, 2017.

| | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Bebida alcoólica | | |
| Sim | 30 | 9,8 |
| Não | 277 | 90,2 |
| Fuma atualmente | | |
| Sim | 38 | 12,4 |
| Não | 269 | 87,6 |
| Atividade física | | |
| Sim | 72 | 23,5 |
| Não | 235 | 76,5 |
| Qual atividade | | |
| Caminhada | 62 | 86,1 |
| Hidroginástica | 3 | 4,2 |
| Aeróbica | 3 | 4,2 |
| Bicicleta | 2 | 2,8 |
| Outros | 2 | 2,8 |
| Frequência da atividade física | | |
| 1x/semana | 1 | 1,6 |
| 2-3x/semana | 26 | 42,7 |
| 4-7x/semana | 34 | 55,6 |

| | | Continuação |
|---------------------------|----|-------------|
| Tempo de atividade | | |
| 30 minutos | 10 | 14,5 |
| 40 minutos | 12 | 17,4 |
| 50 minutos | 21 | 30,4 |
| 60 minutos | 19 | 27,5 |
| 5 | 7 | 10,1 |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

5.2 ESTADO DE SAÚDE DA AMOSTRA

O estudo revela que a maioria relatou ter problemas de saúde (90,9%). Os problemas mais frequentes foram Hipertensão arterial (67,1%) e Perda de fezes e urinas (35,5), doenças osteoarticulares (28,0%), diabetes mellitus (23,8%), obesidade (22,5%) e doenças cardíacas (19,9%). (Tabela 4)

Tabela 4 - Descrição do estado de saúde da amostra, Pombal, Paraíba, 2017.

| | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Problema de saúde | | |
| Sim | 279 | 90,9 |
| Não | 28 | 9,1 |
| QUAIS | | |
| Perda de fezes e urinas | 109 | 35,5 |
| Tuberculose | - | - |
| Neoplasia | 7 | 2,3 |
| Doenças cardíacas | 61 | 19,9 |
| Hanseníase | 1 | 0,3 |
| Diabetes Mellitus | 73 | 23,8 |
| Doenças parasitárias | 1 | 0,3 |
| Doenças respiratórias | 16 | 5,2 |
| Transtorno mental | 1 | 0,3 |
| Doenças osteoarticulares | 86 | 28,0 |
| Alcoolismo | 0 | 0,0 |
| Depressão | 10 | 3,3 |
| Obesidade | 69 | 22,5 |
| Doenças renais | 8 | 2,6 |
| Doenças tireoide | 23 | 7,5 |
| Incontinência | - | - |
| Dor crônica | 1 | 0,3 |
| Hipertensão arterial | 206 | 67,1 |
| Dislipidemia | 65 | 21,2 |
| AVE prévio | 3 | 1,0 |
| Imobilidade | - | - |
| Outras comorbidades | 91 | 29,6 |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

5.3 ASSOCIAÇÕES DA DEPRESSÃO COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Pode-se verificar que as variáveis ‘quem trabalha atualmente’, ‘aposentado’, ‘anos de estudo’ e ‘alfabetizado’ apresentaram significância estatística menor que 0,2. Entre estas, apenas os que não trabalham e os que possuem menos anos de estudo apresentaram maior números de pessoas com risco para depressão, com resultados estatisticamente significativos ($p \leq 0,05$). (Tabela 5)

Tabela 5 - Associações da depressão com os dados sociodemográficos Pombal, Paraíba, 2017.

| | Depressão | | P |
|---|-------------|-------------|-------|
| | Sem | Com | |
| Gênero | | | |
| Masculino | 51 (58,6%) | 36 (41,4%) | 0,94 |
| Feminino | 130 (59,1%) | 90 (40,9%) | |
| Estado civil | | | |
| Casado/união estável | 86 (58,5%) | 61 (41,5%) | 0,94 |
| Viúvo | 72 (60,0%) | 48 (40,0%) | |
| Separado ou divorciado | 13 (54,2%) | 11 (45,8%) | |
| Solteiro | 10 (62,5%) | 6 (37,5%) | |
| Religião | | | |
| Católica | 151 (57,6%) | 111 (42,4%) | 0,30 |
| Evangélica | 29 (65,9%) | 15 (34,1%) | |
| Sem religião | * | * | |
| Você está trabalhando atualmente | | | |
| Sim | 24 (82,8%) | 5 (17,2%) | <0,01 |
| Não | 157 (56,5%) | 121 (43,5%) | |
| Aposentado | | | |
| Sim | 169 (60,4%) | 111 (39,6%) | 0,11 |
| Não | 12 (44,4%) | 15 (55,6%) | |
| Mora sozinho | | | |
| Sim | 26 (65,0%) | 14 (35,0%) | 0,40 |
| Não | 155 (58,1%) | 112 (41,9%) | |
| Mora acompanhado | | | |
| Sim | 154 (57,7%) | 113 (42,3%) | 0,29 |
| Não | 26 (66,7%) | 13 (33,3%) | |
| Frequentou a escola | | | |
| Sim | 123 (61,2%) | 78 (38,8%) | 0,27 |
| Não | 58 (54,7%) | 48 (45,3%) | |
| Anos de estudo | | | |
| 12 anos ou + | 13 (86,7%) | 2 (13,3%) | 0,01 |
| 9-11 anos | 11 (78,6%) | 3 (21,4%) | |
| 5-8 anos | 26 (74,3%) | 9 (25,7%) | |
| 1-4 anos | 71 (53,0%) | 63 (47,0%) | |
| Zero anos | 60 (55,0%) | 49 (45,0%) | |

| Alfabetizado | | | Continuação |
|---------------------|-------------|------------|-------------|
| Alfabetizado | 111 (63,4%) | 64 (36,6%) | 0,07 |
| Analfabeto | 70 (53,0%) | 62 (47,0%) | |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

A pesquisa revela que apenas a bebida alcoólica apresentou significância estatística ($p \leq 0,05$), existindo proporcionalmente, mais pessoas que consomem bebidas com risco de depressão. (Tabela 6)

Tabela 6 - Associações da depressão com os dados relativos à hábitos de vida Pombal, Paraíba, 2017.

| | Depressão | | P |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Sem | Com | |
| Bebida alcoólica | | | |
| Não | 162 (60,2%) | 107 (39,8%) | 0,01 |
| Sim | 19 (50,0%) | 19 (50,0%) | |
| Fuma atualmente | | | |
| Não | 162 (60,2%) | 107 (39,8%) | 0,23 |
| Sim | 19 (50,0%) | 19 (50,0%) | |
| Atividade física | | | |
| Sim | 47 (65,3%) | 25 (34,7%) | 0,21 |
| Não | 134 (57,0%) | 101 (43,0%) | |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

5.4 ASSOCIAÇÃO DA DEPRESSÃO COM OS DADOS RELATIVOS AO ESTADO DE SAÚDE

Pode-se verificar na Tabela 7 que as variáveis ‘problema de saúde’, ‘perda de fezes e urina’, ‘diabetes Mellitus’, ‘doenças tireoide’, ‘hipertensão arterial’ e ‘outras comorbidades’ foram as que apresentaram associação com significância estatística menor do que 0,2 com a depressão. Mais pessoas com diabetes Mellitus e com doenças na tireoide estavam com risco de depressão ($p \leq 0,05$).

Tabela 7 - Associação da depressão com os dados relativos ao estado de saúde, Pombal, Paraíba, 2017.

| | Depressão | | P |
|---------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| | Sem | Com | |
| Problema de saúde | | | |
| Não | 21 (75,0%) | 7 (25,0%) | 0,07 |
| Sim | 160 (57,3%) | 119 (42,7%) | |
| Quais | | | |
| Perda de fezes e urinas | | | |
| Não | 123 (62,1%) | 75 (37,9%) | 0,13 |
| Sim | 58 (53,2%) | 51 (46,8%) | |
| Doenças cardíacas | | | |
| Não | 143 (58,1%) | 103 (41,9%) | 0,55 |
| Sim | 38 (62,3%) | 23 (37,7%) | |
| Diabetes Mel itus | | | |
| Não | 148 (63,5%) | 85 (36,5%) | <0,01 |
| Sim | 32 (43,8%) | 41 (56,2%) | |
| Doenças respiratórias | | | |
| Não | 174 (59,8%) | 117 (40,2%) | 0,21 |
| Sim | 7 (43,8%) | 9 (56,3%) | |
| Doenças osteoarticulares | | | |
| Não | 130 (58,8%) | 91 (41,2%) | 0,94 |
| Sim | 51 (59,3%) | 35 (40,7%) | |
| Depressão | | | |
| Não | 176 (59,3%) | 121 (40,7%) | 0,56 |
| Sim | 5 (50,0%) | 5 (50,0%) | |
| Obesidade | | | |
| Não | 139 (58,4%) | 99 (41,6%) | 0,71 |
| Sim | 42 (60,9%) | 27 (39,1%) | |
| Doenças renais | | | |
| Não | 177 (59,2%) | 122 (40,8%) | 0,60 |
| Sim | 4 (50,0%) | 4 (50,0%) | |
| Doenças tireoide | | | |
| Não | 174 (61,3%) | 110 (38,7%) | <0,01 |
| Sim | 7 (30,4%) | 16 (69,6%) | |
| Hipertensão arterial | | | |
| Não | 66 (65,3%) | 35 (34,7%) | 0,11 |
| Sim | 115 (55,8%) | 91 (44,2%) | |
| Outras comorbidades | | | |
| Não | 133 (61,6%) | 83 (38,4%) | 0,15 |
| Sim | 48 (52,7%) | 43 (47,3%) | |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

*Nota: I - teste exato de Fisher

5.5 MODELO MULTIVARIADO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PARA OS HÁBITOS DE VIDA E O ESTADO DE SAÚDE NA DEPRESSÃO

A tabela 8 mostra que das 12 variáveis que foram testadas no modelo, apenas quatro permaneceram. Assim, verificou-se uma prevalência maior risco de depressão nos idosos que não trabalham, nos que não estão aposentados, nos que possuem diabetes mellitus e doenças da tireoide.

Tabela 8 - Modelo multivariado da prevalência de depressão para os hábitos de vida e o estado de saúde na depressão, Pombal, Paraíba, 2017.

| | B | Erro padrão | Sig. | RP ajustado | Intervalo de confiança para RP de 95% | |
|----------------------------|------|-------------|-------|-------------|---------------------------------------|----------|
| | | | | | Inferior | Superior |
| Não trabalhar | 0,90 | 0,41 | 0,04 | 2,36 | 1,05 | 5,28 |
| Não está aposentado | 0,32 | 0,16 | 0,05 | 1,38 | 0,99 | 1,90 |
| Possui diabetes Melitus | 0,45 | 0,13 | <0,01 | 1,57 | 1,21 | 2,03 |
| Possui doenças na tireoide | 0,53 | 0,15 | <0,01 | 1,70 | 1,27 | 2,26 |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

*Nota: Ordem de saída das variáveis do modelo - Problemas de saúde; Perda de fezes e urina; Alfabetizado; Bebida alcoólica; hipertensão arterial; outras comorbidades; fuma atualmente; Anos de estudo.

Na tabela 9 está exposta a prevalência de risco de depressão para a amostra estudada, evidenciando que 41% dos participantes apresentam risco para depressão.

Tabela 9 - Prevalência de risco de depressão, Pombal, Paraíba, 2017.

| Depressão | Frequência absoluta (f) | Frequência relativa (%) |
|------------|-------------------------|-------------------------|
| Sem | 181 | 59,0 |
| Com | 126 | 41,0 |

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

6.1 DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

De acordo com a análise do perfil dos idosos envolvidos no estudo, nota-se que a maioria dos participantes da pesquisa é do gênero feminino. Fenômeno global, compreendido por “feminização do envelhecimento” da população mundial. No Brasil as mulheres representam 55,5% da população idosa, estimativa aponta que as mulheres vivem em média, cinco a sete anos a mais do que os homens. A justificativa para a feminização fundamenta-se na ocorrência de fatores como a violência, acidentes, além das mulheres terem um cuidado maior com a saúde (IBGE, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2015).

Essa conjuntura, remete a necessidade de múltiplos cuidados associados as modificações do estilo de vida dessa população, independente dos prejuízos ou perdas com relação ao físico, psíquico, social e religioso do ser humano (SALES *et al.*, 2016).

O estudo aponta que a maioria dos participantes são casados/união estável, corroborando com os estudos de Luz *et al.* (2014) e Lindolpho *et al.* (2014), que também demonstram proporção semelhante, 52% e 47% respectivamente.

A associação da depressão com a falta de companheiro matrimonial remete ao fato da pessoa idosa não ter alguém para dividir seus anseios e expectativas, alguém em que possa confiar e ser parceiro de uma vida mais ativa e social.

Quanto à religião, é predominante o catolicismo no município estudado. Consta-se que mesmo o Brasil sendo um estado Laico, o catolicismo é predominante na população, fato influenciado até os dias atuais pela igreja católica desde o período colonial, em que essa era tida como religião oficial do país (BENCKE; BORGES; LEMOS, 2013), que ainda predomina com maior número de fiéis.

Diante dos resultados, pode-se perceber que o percentual de idosos que se mantêm inserido no mercado de trabalho é mínimo quando comparado aos que não trabalham. De acordo com Cockell (2014), isso se justifica pela falta de oportunidades na continuidade do trabalho formal, bem como, pela entrada precoce dos brasileiros no mercado de trabalho, o que contribui com a busca também precoce da aposentadoria.

Outro fator de destaque é a falta de oportunidade de trabalho devido ao município de Pombal está localizado em uma região sertaneja, onde as atividades trabalhistas são pautadas na agricultura e pecuária, remetendo a busca por melhoria nas condições de trabalho para desenvolvimento das atividades, consideradas árduas para ser exercida pela pessoa idosa (FORMIGA, 2015).

Associado a isso, Silva (2017) afirma que o profissional com mais de 40 anos é considerado inapto para ocupar formalmente funções nesse ambiente, o que leva os idosos a procurarem seus direitos previdenciários por tempo de contribuição, reafirmando os dados encontrados nesse estudo.

Considerando que a pessoa idosa já não está mais inserida no mercado de trabalho, e que para a mesma significa falta de autonomia, morar sozinho pode corresponder a independência. Porém, o processo de envelhecimento pode acarretar diversos problemas de saúde, que levam a necessidade de cuidados, uma vez que a vulnerabilidade está diretamente atrelada a este processo (PERSEGUINO; HORTA; RIBEIRO, 2017). Assim, pode-se perceber, com os achados, que o número de idosos que moram acompanhados é superior ao de idosos que moram sozinhos.

No que se refere a escolaridade, a maioria dos participantes só frequentou a escola entre 1 a 4 anos, sendo assim alfabetizados. A análise feita por Vicente; Santos (2013), reafirma que esse quadro tem acompanhado o cenário nacional onde a maioria da população apresenta até 4 anos de escolaridade, dado corroborado com os indicadores do IBGE (2012), que afirma que a maioria das pessoas com 60 anos ou mais, apresentam baixa escolaridade, tendo média de 4 anos de escolaridade.

Essa baixa escolaridade do país se dá no passado com poucas escolas e políticas da educação diferente entre estados, sendo a região do Nordeste sempre a mais esquecida. A educação muito se associa à condição socioeconômica, dificultando ainda mais o acesso as escolas, pois, se para os que viviam nos grandes centros já era difícil, imagine para os que viviam no interior das capitais, onde a maior parte da população se concentrava na zona rural. Associado a isso, essa baixa escolaridade ligava-se a proibições impostas pelos pais, quando os filhos com idade escolar tinham que exercer atividades na roça, e as mulheres tinham que dar conta das atividades domiciliares (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Quanto aos hábitos de vida, 90,2% dos idosos não consomem bebida alcoólica e tabaco, aproximando-se aos dados do município de Santa Cruz (Rio Grande do Norte), em que 95% e 89% dos idosos da pesquisa não faziam uso de bebida alcoólica e tabaco, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Esse dado pode associar-se ao próprio processo de envelhecimento e o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, que pode levar a interrupção do consumo de bebida alcoólica ou tabaco, para uma melhor qualidade de vida (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015).

Quanto a prática de atividade física, sobressaiu-se a inatividade física, e, para os que realizam algum tipo de atividade física, a realizam entre quatro à sete vezes por semana,

sendo a caminhada a de maior destaque. Dado preocupante, visto que a prática de exercícios físicos tem como objetivo retardar disfuncionalidade e o surgimento de doenças crônicas, a fim de promover uma melhor qualidade de vida, bem como um envelhecimento saudável (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Desta forma, percebe-se a necessidade de intervenções por parte da equipe que compõem a Atenção Primária à Saúde do município, com vistas a estimular a prática diária de atividade física e formação de grupos para sexagenários que estimulem além da prática física o convívio e interação social.

6.2 ESTADO DE SAÚDE DA AMOSTRA

Lopes (2014) expõe que no cenário nacional há uma alta frequência de idosos com doenças crônico-degenerativas, que por sua vez é comum ao processo de envelhecimento que pode conduzir a uma situação incapacitante, sendo na maioria das vezes fatores que levam a uma condição de fragilidade, dependência funcional e perda da autonomia.

O estudo evidencia os problemas de saúde que mais acometem os idosos, destacando-se a perda de fezes e urinas (35,5%), doenças cardiovasculares (19,9%), diabetes mellitus (23,8%), doenças osteoarticulares (28,0%), obesidade (22,5) e hipertensão (67,1%), doenças de cunho crônico, que se não controladas eficazmente podem levar a incapacidade (PAGOTTO *et al.*, 2015).

Em geral, os problemas de saúde com maior frequência nos idosos, estão ligados ao processo natural do envelhecimento, com forte influência das doenças crônicas não transmissíveis. A perda de fezes e urina pode relacionar-se a perda de controle esfíncteriano, com impacto negativo na vida dessas pessoas (SANTOS, 2014). No tocante as demais comorbidades como Diabetes Mellitus, Hipertensão e as Doenças do Sistema Cardiovascular e Endócrino, pode ligar-se a questão educacional e socioeconômica da pessoa (PIMENTA *et al.*, 2014), que influencia práticas e consumo alimentares não saudáveis, além de inatividade física.

A existência desses problemas na vida dos idosos podem gerar consequências como: a exclusão social e sequelas por associação a outras doenças, acarretando incapacidades, tornando a pessoa idosa dependente, o que nessa situação pode levá-la a condição de auto exclusão por se sentir sem utilidade, ou seja, incapaz (MAIA *et al.*, 2011).

Nesse cenário, a atuação profissional ainda restringe-se a orientação dietética e prática de atividade física, abstinência do tabagismo e bebidas alcoólicas, não havendo uma correlação preventiva com as eventuais complicações, além da não realização de práticas educativas que favoreçam a potencialização da atenção, o concreto conhecimento da doença e suas implicações, o autocuidado e minimização de fatores que condicionem complicações, afastando-se das particularidades biopsicossocioespirituais do ser idoso, que demandam específicos cuidados e garantem a funcionalidade, fato que precisa ser superado.

6.3 ASSOCIAÇÕES DOS RISCOS PARA DEPRESSÃO COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Diante dos resultados apontados neste estudo, percebe-se que os homens estão mais vulneráveis ao risco de desenvolverem depressão, contrariando os estudos de Figueiredo (2017) e Sales *et al.* (2016), que referem as mulheres como as mais vulneráveis, seja pelo processo natural do envelhecimento, que as deixam mais predispostas as doenças e problemas associado as mudanças fisiológicas decorrente da idade, esgotamento físico, alterações hormonais, ou por condições socioeconômica e convívio familiar.

Segundo Rodrigues *et al.* (2014), os idosos casados apresentaram menor risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, pois na soma das variáveis entre viúvo, separado/divorciado e solteiros, verificou-se uma maior prevalência de sintomas depressivos em relação aos casados/união estável, determinando assim, que idosos que não são casados tem maior risco para depressão.

Para Roncon; Lima; Pereira (2015), a depressão está intimamente ligada ao estado civil, pois é evidente sua influência na qualidade de vida e nas condições psicológicas, sociais e econômicas das pessoas. Também revela que os idosos separados e viúvos tem maior vulnerabilidade de apresentar risco para depressão, quando comparado com os casados, pois os mesmos não passaram por perda do companheiro e desta feita, não vivenciaram situação de solidão.

O estudo mostrou que a maioria dos idosos católicos apresentam maior risco de depressão ao comparar-se aos evangélicos. Porém, não é possível afirmar, o envolvimento das práticas dessas religiões com a depressão, é apenas possível perceber que pessoas religiosas tem maior equilíbrio com fatores de estresse e mecanismos de enfrentamento do sofrimento, e

que a religião transmite maior confiança ao idoso, favorecendo seu bem-estar psicológico (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015).

Outra variável associada ao risco para depressão é a condição em que os idosos estão no mercado de trabalho. De modo geral pode-se perceber que a maioria dos que estão trabalhando não apresenta sintomas de depressão. Aqueles que apresentam risco para depressão em sua grande maioria não estão mais ativamente no mercado de trabalho, comprovando assim, que perda das atividades laborais, imagem e função social é um dos principais fatores influentes nas causas de depressão nesse público (ALMEIDA *et al.*, 2014).

O fato de não estar mais exercendo atividades que os levem a sentir-se produtivo, levam a perda de estímulo pelas atividades prazerosas, o que pode levar ainda a baixa estima e maior risco de desenvolver depressão, associada a sensação de impotência, por não se sentir bem compreendido (ROCHA; CIOFFI, 2014).

Outros fatores que podem estar associados ao risco do aparecimento da depressão, é a perda do espaço no mercado de trabalho ou até mesmo do trabalho, que pode estar relacionado às limitações funcionais inerentes a essa faixa etária, contribuindo com redução da renda e economia familiar que limita o poder de compra do idoso o levando a sentir-se sem valia (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Contrapondo essas informações, o estudo de Hartmann Júnior; Gomes (2014), mostram que a aposentadoria tem forte ligação com a depressão e pessoas recém-aposentadas tendem a apresentar maiores risco para o desenvolvimento do quadro depressivo que as pessoas não aposentadas ou que já estão aposentadas há mais de um ano. Isso, deve-se ao fato dos idosos vivenciarem uma mudança na vida cotidiana e no seu papel social (TERRA; QUEIROZ, 2013).

Com relação a morar sozinho ou acompanhado, pode-se perceber que há um maior indicativo de depressão para idosos que vivem sozinhos, quando correlacionado com outros que moram acompanhados, este fator pode estar relacionado ao fato de que os idosos que residem sozinhos passam maior tempo vivenciando o sentimento de solidão, que muitas vezes leva a imaginar qual o verdadeiro sentido de estar vivo, sentindo-se impotente diante da real situação de vida (FRADE *et al.*, 2015). Nesse sentido, Pereira *et al.* (2016), aborda a importância da participação da família, vizinhos e amigos no enquadramento da vida social dos idosos.

No que concerne à escolaridade, pôde-se evidenciar que os idosos que frequentaram menos anos de escola, apresentam maior prevalência para desencadear sintomas de depressão. Essa análise foi tratada no estudo de Lentsck *et al.* (2015), ao mostrar que idosos analfabetos

estão mais vulneráveis ao desenvolvimento da depressão, e, portanto, os anos de escolaridade são inversamente proporcionais com os sintomas da depressão.

No que tange o consumo de bebida alcoólica, o estudo mostra que a maioria dos entrevistados não fazem uso de bebidas alcoólicas, porém dos que consomem, 50% possuem risco de desencadeamento da depressão. Para Garrido *et al.* (2016), a depressão e alcoolismo são transtorno frequentes com forte ligação, pois muitos buscam na utilização do álcool um mecanismo para encarar situações impostas e fugir da realidade.

É elevado o percentual quanto o consumo de bebidas alcoólicas na população geriátrica que apresentam sintomas de depressão, isso pode ser atribuído ao fato do idoso se sentir desvalorizado e tentar buscar nas bebidas uma forma de se refugiar das condições impostas a ele pela sociedade. Neste contexto, eventos traumáticos como aposentadoria, viuvez, convívio familiar desgastado, exclusão social, abandono e estresses diários comprometem diretamente a vida da pessoa idosa (MOREIRA *et al.*, 2016).

No que diz respeito ao tabagismo, evidências mostram a ligação dessa prática com transtornos depressivos, pois muitos usam a nicotina para minimizar os sintomas da depressão (PAWLINA *et al.*, 2015).

Por isso, a importância de medidas com relação a prevenção e combate ao tabagismo, realizando campanhas para esclarecer esse público dos males do cigarro, como também ofertar tratamento para quem deseja deixar de fumar, uma vez que o incentivo para o desempenho de atividades, principalmente as coletivas, é altamente motivacional para afastar os idosos do vício do tabagismo, além de envolvê-los no convívio social (REIS *et al.*, 2016).

Além dessas medidas, chama-se atenção para o estímulo a prática de atividade física, como forma de combater a depressão, pois o exercício regular é de extrema importância aos idosos trazendo diversos benefícios para quem tem depressão, sendo um método eficaz para evitar e até mesmo controlar a doença em idosos, pela interação que a prática física proporciona (MENESES; MENDES, 2014).

Desta forma, este estudo evidencia que idosos aposentados têm menor risco para desenvolver depressão quando comparado aos não aposentados, dado que corrobora com o estudo de Bretanha *et al.* (2015), que mostram que idosos aposentados não apresentam sintomas depressivos e aqueles que não estão aposentados, apresentam uma maior proporção de sintomatologia para a depressão.

6.4 ASSOCIAÇÃO DA DEPRESSÃO COM OS DADOS RELATIVOS AO ESTADO DE SAÚDE

A população idosa tem maior predisposição para o desenvolvimento de problemas de saúde. É importante destacar que a depressão pode estar relacionada a doenças crônico-degenerativas, metabólicas e outras comorbidades de cunho somático, quadro relevante nessa faixa etária (GONZÁLE *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016).

Dados desta pesquisa comprovam maior problema de saúde com maior risco para depressão, o que aponta a depressão como um grave problema de saúde. Este achado indica a necessidade de um olhar mais reflexível a temática da depressão, que mais facilmente pode ser compreendida com a utilização de instrumentos como a EDG-15, que auxilia no rastreamento da doença.

Como a depressão pode relaciona-se a doenças crônico-degenerativas, metabólicas e demais comorbidades de cunho somático, cita-se alguns achados de repercussão para o estudo: A perdas de fezes e urina, problema de saúde que não causa risco vital, mas pode levar o idoso a situação constrangedora em público ou até mesmo no convívio familiar, ocasionando o isolamento social.

A presença deste problema pode aumentar a susceptibilidade dos idosos a depressão. Relacionado a fatores como, baixa autoestima, constrangimento e sensação de inferioridade, emerge a necessidade do repensar das práticas de atenção à saúde, que ainda enxerga esse problema como normal para o processo de envelhecimento (SALOMÉ; OLIVEIRA; PEREIRA, 2016).

As doenças cardiovasculares também podem estar associadas a outras afecções, de caráter crônico e progressivo, pois tem um forte reflexo sobre a capacidade funcional do idoso (PARREIRA; BASSITT, 2014). Algumas alterações funcionais desenvolvidas pelo idoso durante o processo natural do envelhecimento podem ter uma associação interessante com as doenças, entre essas está a depressão, o que mostra, que idosos com doenças crônicas do tipo cardiopatia tem elevado índice de risco para o desenvolvimento da depressão, o que pode ser explicado pela relação entre as doenças cardiovasculares e as limitações geradas por elas, o que pode acarretar restrições na vida social e ativa desse idoso (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Como expõe o estudo de Linhares *et al.* (2015), é constante a prevalência da ligação entre as doenças clínicas crônicas e depressão, o que pode agravar tanto o quadro clínico quanto o psiquiátrico. Uma das doenças clínicas com forte associação com a depressão é o diabetes mellitus.

Pretendemos com este trabalho promover uma discussão sobre a associação do diabetes mellitus com a depressão, uma provável justificativa para essa relação está ligada a fatores hormonais que por sua vez pode ocasionar o descontrole metabólico, predispondo o idoso ao risco de desenvolvimento da depressão (TAVARES *et al.*, 2015).

Outro fator que está comumente associado ao processo de envelhecimento e tem associação com a depressão é a doença da tireoide, também evidenciado neste estudo, cujos sintomas se confundem ao da depressão (TOMAZ, 2016).

Esse processo pode ser justificado pelo fato de que as doenças da tireoide podem se apresentar em qualquer fase da vida, sendo mais frequente na terceira idade, pois as alterações hormonais causadas pela doença acarretam distúrbios que estão associados ao desencadeamento de sinais e sintomas da depressão (FREITAS, 2009).

Outra patologia com forte associação com a depressão é a hipertensão arterial. Esta apresenta fatores em comum com a depressão como: estado nutricional, condição física e socioeconômica, que podem favorecer para o surgimento dos sinais depressivos. Vale destacar que, os eventos estressores são os principais fatores desencadeadores das duas doenças. Outra associação possível é que, a hipertensão é considerada um grave problema de saúde pública que acomete pessoas idosas podendo acarretar outras comorbidades que por sua vez levam a incapacidade funcional, uma grande aliada ao risco para a depressão (VALE *et al.*, 2016).

Diante do exposto, verifica-se no estudo a busca da reflexão sobre o risco para o aparecimento de sintomas depressivos entre idosos com o diagnóstico de hipertensão, dado igualmente evidenciado por Madeira *et al.* (2013).

6.5 MODELO MULTIVARIADO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PARA OS HÁBITOS DE VIDA E O ESTADO DE SAÚDE NA DEPRESSÃO

Os achados do estudo, ainda evidenciam que os idosos que não trabalham, não estão aposentados, possuem diabetes mellitus e doenças na tireoide e apresentam maior prevalência para o risco de desenvolver depressão.

Um dado preocupante do estudo, foi a prevalência de risco de depressão na amostra, apresentado na tabela 9, onde 41,0% dos idosos entrevistados apresentarem risco para o desenvolvimento de depressão. Tomando por base os dados encontrados no estudo de Lima *et al.* (2016), onde a prevalência apresentada foi de 15%, o que remete a necessidade de

estratégia de intervenção urgente no combate aos sinais e sintomas de depressão, na população idosa do Município de Pombal.

Como estratégia de intervenção é possível apropriar-se de instrumentos como a EDG, para que assim, possa auxiliar na identificação dos casos que apresentam riscos para o desencadeamento da depressão, e assim, utilizar meios de promoção à saúde, a fim de retardar a evolução de sinais e sintomas da doença.

Deste modo, sugerimos que devemos ter um olhar diferenciado quanto a população idosa, especificamente aos dados de ocupação e condição de saúde, por possibilitar uma intervenção diante do quadro clínico, sinais e sintomas que indicam risco de desenvolver depressão, levando ao entendimento que a partir dessa atenção é possível evitar o desenvolvimento da depressão ou agravamento do quadro de saúde já existente.

O propósito deste estudo foi o de determinar a prevalência do risco de depressão por meio da aplicação de um instrumento, denominado de Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão curta (EDG-15). Assim como, descrever o perfil sociodemográficos, clínico e a associação entre depressão e variáveis sociodemográficas/clínicas nos idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde do Município de Pombal-PB.

Constatou-se que, o uso dessa escala norteia o rastreamento do quadro sintomatológico de depressão quando aplicado de forma correta em pessoas idosas, caracterizando-se uma ferramenta de fácil aplicação que possibilita, ao profissional de saúde, distinguir os riscos para depressão e alterações inerentes ao processo de envelhecimento.

Portanto, a partir dos resultados obtidos, é possível identificar a prevalência de idosos que apresentam sinais e sintomas de risco para o surgimento da depressão, mostrando que na cidade de Pombal - PB, o número de idosos com risco de depressão é superior aos índices nacionais. Dado que aponta a necessidade de estratégias urgentes, por parte da gestão e dos profissionais de saúde, com intuito de promover rastreamento precoce de sinais e sintomas, para assim, possibilitar intervenções que previnam o desenvolvimento da doença, bem como, seu controle e tratamento, frente aos quadros já instalados.

Este estudo apresentou como limitações a dificuldade de acesso as residências dos idosos, que só foi possível com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, além da restrita participação dos profissionais de saúde no acompanhamento às visitas.

Frente ao exposto, percebeu-se que atenção à temática da depressão na população idosa deve ser dispensada pelos profissionais que compõem os Serviços de Atenção à Saúde, uma vez que compreender precocemente os sinais e sintomas que levam a depressão, facilitarão ações de cuidado que garantirá a manutenção da saúde e qualidade de vida dessa parcela da população.

Além disso, com o crescente número de pessoas idosas no Brasil, é imprescindível, a inserção de disciplinas que contemplem a temática do envelhecimento, em todos os cursos que prestam atenção à essa clientela, para assim subsidiar um cuidar com excelência e efetividade.

Desta forma, considera-se este estudo um ponto de partida para outras pesquisas, no âmbito local, regional, nacional ou internacional, a fim de efetivar ações de promoção à saúde e qualidade de vida da população idosa.

ALBERTE, J. S. P.; RUSCALLEDA, R. M. I.; GUARIENTO, M. E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 13, n. 1, p. 32-9, jan-mar., 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>>. Acesso em: 08 de março de 2017.

ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun., 2015.

ALMEIDA, M. A. S. O. et al. Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de mato grosso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 627-641, jul./set., 2015.

ALMEIDA, M. F. I. *et al.* Depressão do idoso: o papel da assistência de enfermagem na recuperação dos pacientes depressivos. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da UNIVAR**, v.1, n. 11, p. 107 – 111, 2014.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/03.pdf>>. Acesso em: 01 de abril de 2017.

ANTES, D. L. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. **Rev. bras. cineantropom. Desempenho hum.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v14n2/v14n2a01.pdf>>. Acesso em: 07 de abril de 2017.

BASSANI, D. C. H. *et al.* **Depressão em idosos na atenção primária em saúde: aspectos de uma comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul.** São Paulo: Editora Blucher, 2014. Disponível em: <<http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/2cbmh/012.pdf>>. Acesso em: 01 de abril de 2017.

BENCKE, R. M.; BORGES, N. M. P.; LEMOS, V. N. Religião, laicidade e autodeterminação sexual e reprodutiva: uma tensão no processo de secularização no Brasil. **Revista de estudos de religião**, v. 4, n. 2, p. 164-187, 2013.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1415-1426, jul., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/15.pdf>>. Acesso em: 24 de março de 2017.

BOTELHO, F. R. **Organização e conscientização da importância do prontuário como ferramenta na assistência ao paciente na unidade de saúde palmital em Lagoa Santa, Minas Gerais.** 2014. 35p. Especialização [Monografia]. Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa, 2014.

BRAGA, I. B.; SANTANA, R. C.; FERREIRA, D. M. G. Depressão no idoso. **Revista de Psicologia**, ano 9, n. 26, supl. esp., abr., 2015. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/332/450>>. Acesso em: 29 de março de 2017.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. 3 ed., 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em 01 de abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação Citada Anexada pela Coordenação de Estudos Legislativos – Cedi, Portaria Ms N. 702 de 12 de abril de 2002**. Brasília, 2002.

_____. Ministro de Estado da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília, 2006.

BRETANHA, A. F. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 1-12, jan./mar., 2015.

CABRAL, R. W. L. *et al.* Fatores Sociais e Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos: Revisão Sistemática. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1434-1442, 2013.

CANTÃO, L. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 355-362, mai./jun., 2015.

CARNEIRO, J. *et al.* Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 541-552, 2014.

COCKELL, F. F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. **Psicologia & sociedade**, v. 26, n. 2, p. 461-471, 2014.

COHEN, R.; PASKULIN, L. M. G.; PRIEB, R. G. G. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, abr./jun., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00307.pdf>>. Acesso em. 30 de março de 2017.

CRISÓSTOMO, Eunice das Neves Salgado. **Depressão em Idade Geriátrica: subdiagnóstico em cuidados de saúde primária**. 2016. 41f. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34086/1/Trabalho.Final_Eunice.pdf>. Acesso em: 26 de março de 2017.

FALSARELLA, G. R. *et al.* Envelhecimento e os fenótipos da composição corporal. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 57-77, 2014. |Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21276/15554>>. Acesso em: 05 de março de 2017.

FERREIRA, R. C.; GONÇALVES, C. M.; MENDES, P. G. Depressão: Do transtorno ao Sintoma. **Portal dos Psicólogos**, 2014. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0828.pdf>>. Acesso em: 19 de março de 2017

FERLA, L.; ALVES, T. M. B.; SELEME, M. R. Prevalência e tipo de perda urinária em participantes dos grupos de tratamento no setor de Fisioterapia do Centro de Saúde IAPI de Porto Alegre/RS. **Fisioterapia Brasil**, v.13, n.3, mai./jun., 2012.

FIGUEIREDO, M. L. F. Sintomas depressivos em idosas: conhecer para cuidar. **Rev Rene.**, v. 18, n. 2, p. 147, mar./abr., 2017.

FORMIGA, N. V. **Organização do espaço e agricultura familiar na comunidade de Várzea Comprida dos Oliveiras no município de Pombal – PB**. 2015. 71f. Graduação [Monografia]. Centro de Formação de Professores. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2015.

FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**, série IV, n. 4, jan./fev./mar., 2015.

FREITAS, M. C. *et al.* Comparação de função cognitiva e depressão em pacientes hipotireoideos subclínicos com eutireoideos e hipotireoideos em tratamento, acima de 65 anos. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 89-94, 2009.

GARRIDO, M. C. T. *et al.* Prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos em pacientes da clínica geral na cidade de Salvador – BA. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 20, n. 1, p. 37-72, jan./abr., 2016.

GONÇALVES, R. S. **As Dimensões do Processo de Cuidar da Pessoa Idosa, Assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ana Nery no Município da Cachoeira- BA**. Monografia [Graduação]. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Bahia, 2012. Disponível em: <<https://www.ufrb.edu.br/servicosocial/tccs/category/4-tcc2012-1?download=44:rafaela-dos-santos-goncalves&start=20>>. Acesso em: 12 de março de 2017.

GONZÁLE, A. C. T. *et al.* Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.95-103, 2016.

HARTMANN JÚNIOR, J. A. S. H.; GOMES, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, dez., 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200006>. Acesso em: 08 de julho de 2017.

HELLWIG, N., MUNHOZ, T. N., TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, nov., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3575.pdf>>. Acessado em: 05 de abril de 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acesso em: 10 de julho de 2017.

_____. **Censo Demográfico 2010**: educação e deslocamento de tabelas. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/educacao_e_deslocamento/default_xls.shtm>. Acesso em: 25 de junho de 2017.

_____. **Estimativa de População 2017**. 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251210&search=paraiba|pombal>>. Acesso em: 23 de maio de 2017.

IBGE INDICADORES. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**. 29 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, jan./abr., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2017.

LANA, L. D.; SCHNEIDE, R. H. Síndrome de Fragilidade no Idoso: Uma Revisão Narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00673.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016

LEAL, M. C. C. *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 208-14, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0208.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2017.

LENTSCK, M. H. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v.17, n.3, jul./set., 2015.

LIMA, A. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **R Epidemiol Control Infec.**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 97-103, 2016.

LINDOLPHO, M. C. Perfil dos idosos consultados pela enfermagem num programa extensionista. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2694-701, ago., 2014.

LINHARES, B. N. *et al.* A correlação entre depressão e diabetes mellitus tipo 2. **Rev Med Saude**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 341-49, 2015.

LIMA, A. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, Santa Cruz do Sul, abr. 2016

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. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, jul./set., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v18n3/1809-9823-rbgb-18-03-00521.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2017.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 857-865, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0857.pdf>. Acesso em: 29 de março de 2017.

LUZ, E. P. *et al.*, Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 303-314, 2014.

MADEIRA, T. C. S. *et al.* Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. **Rev. APS.**, v.16, n. 4, p. 393-398, out./dez., 2013.

MAIA, B. C. *et al.* Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-393, 2011.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A., GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.151-164, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MENDES, E. D.; VIANA, T. C.; BARA, O. Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 423-431, out-dez., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a07.pdf>>. Acesso em: 25 de março de 2017.

MENESES, D. L. P. *et al.* A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 15-18, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21276>>. Acesso em: 07 de março de 2017.

MENESES, I. S.; MENDES, D. R G. Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 3, n. 2, p.177-184, jul./dez., 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, mai./jun., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v19n3/pt_1809-9823-rbgb-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2017.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, nov., 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3533.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

MIRANDA, S. L.; LANNA, M. A. L.; FELIPPE, W. C. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicol. cienc. prof.**, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. 2012. Disponível em: <<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2017.

MOREIRA, R. M. *et al.* Qualidade de Vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: Uma Reflexão Teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 27-38, mar., 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17629/13128>>. Acesso em: 12 de março de 2017.

MOREIRA, W. C. *et al.* Educação em saúde para a redução do uso abusivo de álcool na terceira idade. **R. Interd.**, v. 9, n. 1, p. 254-259, jan./mar., 2016.

NÓBREGA, I. R. A. P. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.536-550, abr./jun., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2017.

NORONHA JÚNIOR, M. A. G. *et al.* Depressão em Estudantes de Medicina. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 25, n. 4, p. 562-567, 2015. Disponível em: <www.rmmg.org/exportar-pdf/1872/v25n4a15.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2017.

OFFICER, A. *et al.* Valorizar os idosos: tempo para uma campanha global para combater o envelhecimento. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, p. 710-710, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.184960>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2017.

OLIVEIRA, V. T. L. *et al.* Perfil Sociodemográfico e Hábitos de Vida de Idosos Portadores de Hipertensão. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 59-66, 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Printed in the United States of America**. 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 06 de março de 2017.

ORTIZ, B.R.; WANDERLEY, K. S. Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 307-316, jun., 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18553/13741>>. Acesso em: 03 de março de 2017.

PARREIRA, J. A. R.; BASSITT, D. P. Aplicação da escala de depressão geriátrica em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. **Enfermagem Brasil**, v. 14, n. 4, p. 202-210, 2015.

PAWLINA, M. M. C. *et al.* Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol.**, v. 41, n. 5, p. 433-439, 2015.

PEREIRA, F. *et al.* Multidimensional assessment study of the elderly living alone in the county of Alfândega da Fé Northeast of Portugal. **Journal of Aging & Innovation**, v.5, n.2, p. 27-39, 2016.

PEREIRA, J. K.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1451-1459, jul, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701451&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 12 de março de 2017.

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

PINTO, A. F. C. **A influência da atividade física nas queixas de memória, sintomas de depressão e ansiedade em idosos**. 58f. 2014. Dissertação [Mestrado]. Departamento de Educação e Psicologia. Escola de Ciências Humanas e Sociais. Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. 2014.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.*, Prevalência e fatores associados ao fenótipo da fragilidade em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 353-366, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/28125/19779>>. Acesso em: 11 de março de 2017.

PORCIÚNCULA, R. C. R. *et al.* Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00315.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2017.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. Feevale, 2 ed. Novo Hamburgo. Rio Grande do Sul, 2013.

RANCON, J.; LIMA, S.; PEREIRA, M. G. Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 31, n.1, p.87-96, jan./mar., 2015.

REIS, C. B. *et al.* Condições de saúde de idosos jovens e velhos. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 120-127, jan./fev., 2016.

ROCHA, F. L.; HARA, C. B.; GUIMARÃES, I. Tratamento medicamentoso da depressão maior refratária. **Diagn Tratamento**, v. 21, n. 1, p. 3-16, 2016. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2016/v21n1/a5412.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2017

ROCHA L. P. O.; CIOFFI A. C. S. Caracterização da depressão entre idosos. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da UNIVAR**, v. 2, n. 12, p. 56–60, 2014.

RODRIGUES, G. H. P. *et al.* Depressão como determinante clínico de dependência e baixa qualidade de vida em idosos cardiopatas. **Arq Bras Cardiol.**, v.104, n.6, p.443-449, 2015.

RODRIGUES, L. R. *et al.* Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.2, p. 278-285, abr./jun., 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SALES, J. C. S. *et al.* Feminization of old age and its interface with depression: integrative review. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1840-6, mai., 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8871/pdf_10248>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

SALOMÉ, G. M.; OLIVEIRA, T. F.; PEREIRA, W. A. O impacto da incontinência urinária na autoestima e autoimagem de pacientes diabéticos. **Estima**, v. 14 n. 3, p. 127-136, 2016.

SANTOS, C. A. V.; SANTOS, J. L. F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 273-283, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00273.pdf>>. Acesso em: 02 de abril de 2017.

SANTOS, N. F.; SILVA, M. R. F. As Políticas Públicas Voltadas ao Idoso: Melhoria da Qualidade de Vida ou Reprivatização da Velhice. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, art. 20, p. 358-371, abr./jun., 2013. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/130/97>>. Acesso em: 14 de março de 2017.

SEMEDO, D. C. *et al.* Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 12, p. 101-113, 2016.

SILVA, C. M.; NOVAIS, M. S. S.; SANTOS, A. L. B. A reinserção do idoso no mercado de trabalho. **Revista humanidades e inovação**, v. 4, n. 2, p. 165-180, 2017.

SILVA, G. E. M. *et al.* Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro – PE. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 82-87, jan/mar., 2014. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140007>>. Acesso em: 27 de março de 2017.

SILVA, L. S. V. *et al.* Relações entre queixas de memória, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 41, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v41n3/pt_0101-6083-rpc-41-3-0067.pdf>. Acesso em: 07 de janeiro de 2017.

SOUZA, S. J.; CARVALHO, C. S. Ética e Pesquisa: O Compromisso com Discurso do Outro. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 6, n. spe, jan. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000100008>. Acesso em: 24 de maio de 2017.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Saúde e lazer entre idosos diabéticos rurais com e sem indicativo de depressão. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.548-555, jul./ago., 2015.

TERRA, L. P.; QUEIROZ, B. L. A taxa de atividade econômica e saúde mental: a relação entre aposentadoria e depressão. **Revista Debate Econômico**, v.1, n.2, p.86-100, jul./dez., 2013.

TOMAZ, F. D. D. *et al.* Prevalência de hipotireoidismo em idosos no município de Taubaté-SP. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2016.

WAGNER, G. A. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 20, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005835.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2017.

VALE, C. A. *et al.* Mulheres hipertensas e a depressão: relato sobre intervenção com grupo operativo e atividades físicas. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v.17, n. 2, p. 252-257, dez., 2016.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 370-378, abr./jun., 2013.

YESAVAGE JA, B. T. L. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. psychial. Rex**, v. 17, n. 1, p. 3749, 1983. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5ab1/91352d3f0b530936ca9acae91245896c8cef.pdf>>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2017.

ZANON, R. R.; MORETTO, A. C.; RODRIGUES, R. L. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S45-S67, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30s0/04.pdf>>. Acesso em: 08 de março de 2017.

APÊNDICE I – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

| CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO IDOSO | |
|--|--|
| Entrevista | |
| Questionário nº | |
| Dados de Identificação | |
| Sexo: M () F () | Naturalidade (UF): |
| Você é brasileiro? () Sim () Não | |
| Estado civil: () Casado/união estável () Viúvo () Separado ou divorciado () solteiro | |
| Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Sem religião () Outra | |
| Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico - Ocupação e Renda - | |
| Você está trabalhando atualmente? | () sim () não |
| Você é aposentado? | () sim () não |
| Qual a renda familiar? | |
| - Moradia - | |
| Mora sozinho? | () sim () não |
| Mora acompanhado? Se sim, especifique grau de parentesco: | () sim () não Esposo (a) Filho (a) Netos (as) Irmã (ão) |
| - Escolaridade - | |
| Você frequentou a escola? Se sim, quantos anos de estudo concluído? | () sim () não () 1-4 anos () 5-8 anos () 9-11 anos () 12 anos ou + |
| Nível de alfabetização: | () analfabetizado () alfabetizado |

| Perfil Clínico Hábitos / Estilo de Vida - Consumo de Bebida Alcoólica - | | |
|--|---|---|
| Consome bebida alcoólica? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| - Tabagismo - | | |
| Você fuma atualmente? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| - Atividade Física - | | |
| Você pratica atividade física? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| Qual atividade física pratica: | <input type="checkbox"/> caminhada <input type="checkbox"/> hidroginástica <input type="checkbox"/> aeróbica <input type="checkbox"/> bicicleta <input type="checkbox"/> outros: | |
| Frequência: | <input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2-3x/semana <input type="checkbox"/> 4-7x/semana <input type="checkbox"/> nunca | |
| Tempo de atividade: | <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 40 minutos <input type="checkbox"/> 50 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos | |
| -Continência esfíncteriana- | | |
| Você tem perda de urina ou fezes ao longo do dia? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| -História Clínica- | | |
| Você tem algum problema de saúde? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| Se sim, qual? | | |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Neoplasia | <input type="checkbox"/> Doença cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Hanseníase | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Doenças parasitárias |
| <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias | <input type="checkbox"/> Transtorno mental | <input type="checkbox"/> Doenças osteoarticulares |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Obesidade |
| <input type="checkbox"/> Doenças renais | <input type="checkbox"/> Doenças da tireoide | <input type="checkbox"/> Incontinência |
| <input type="checkbox"/> Dor crônica | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Dislipidemia |
| <input type="checkbox"/> AVE prévio | <input type="checkbox"/> Imobilidade | <input type="checkbox"/> Outras comorbidades: |

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE – VERSÃO REDUZIDA
(GDS-15)**

Responda sim ou não.

O(a) Sr.(a):

| | |
|---|-----------------|
| 1. Está satisfeito com a vida? | () sim () não |
| 2. Interrompeu muitas de suas atividades? | () sim () não |
| 3. Acha sua vida vazia? | () sim () não |
| 4. Aborrece-se com frequência? | () sim () não |
| 5. Sente-se de bem com a vida a maior parte do tempo? | () sim () não |
| 6. Teme que algo ruim lhe aconteça? | () sim () não |
| 7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? | () sim () não |
| 8. Sente-se desamparado com frequência? | () sim () não |
| 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | () sim () não |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas? | () sim () não |
| 11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? | () sim () não |
| 12. Vale a pena viver como vive agora? | () sim () não |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | () sim () não |
| 14. Acha que sua situação tem solução? | () sim () não |
| 15. Acha que tem muita gente em situação melhor? | () sim () não |
| Pontuação _____ | |

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da atenção primária”, a ser desenvolvida no curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG. A pesquisa configura-se como uma das exigências para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, sendo de responsabilidade das pesquisadoras Dra. Sônia Maria Soares e a doutoranda Fabiana Ferraz Queiroga Freitas. Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, submissão à aplicação de escalas para registro da fragilidade e das alterações na cognição, humor, mobilidade e comunicação. Os riscos a pesquisa envolvem a exposição de idéias que podem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o planejamento de ações de saúde a fim de possibilitar uma melhor assistência à saúde da pessoa idosa frágil. Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa visto que a coleta de dados ocorrerá em domicílio e também não receberá nenhuma remuneração. Em caso de dano pessoal diretamente causado pela pesquisa, o pesquisador se responsabilizará pelas despesas nos termos da lei. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na "Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG", e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 219 da EEUFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de

consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

_____/_____/2017
Nome completo do participante Data

Assinatura do participante/Responsável

Nome completo do Pesquisador Responsável: Prof^ª Dr^ª Sônia Maria Soares. Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, nº 190 - Santa Efigênia, EEUFMG, 2º andar Sala 219, CEP: 30130-100 / Belo Horizonte – MG, Telefone: (31)3409- 9855, E-mail: smsoares.bhz@terra.com.br

_____/_____/2017
Nome completo do participante Data

_____/_____/2017
Assinatura do pesquisador responsável Data

Nome completo do Pesquisador: Fabiana Ferraz Queiroga Freitas. Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, nº 190 - Santa Efigênia, EEUFMG, 2º andar Sala 219, CEP: 30130-100 / Belo Horizonte – MG, Telefone: (31)3409-9855, E-mail: fabianafqf@hotmail.com

_____/_____/2017
Assinatura do pesquisador responsável (Doutorando) Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627.
Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901, Tel: 34094592, E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE EM IDOSOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62429616.0.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.870.226

Apresentação do Projeto:

Estudo analítico correlacional de corte transversal para analisar os fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da Atenção Primária (APS), conduzido na abordagem quantitativa. Serão 307 idosos com 65 anos ou mais cadastrada nas 2.972 APS do município de Pombal, Paraíba.

Na descrição do projeto, as necessidades de saúde da pessoa idosa, a fragilidade se apresenta como indicador da atenção à saúde, pois sua existência pode levar a pessoa idosa a intensificar seus problemas de saúde e incapacidades, enfrentar condições súbitas, ampliando os riscos para institucionalização, abandono e até antecipação da morte.

Na metodologia, será realizada capacitação de acadêmicos, bolsistas de iniciação científica voluntários, que integram o campus do Centro de Formação de Professores – CFP. Os dados serão coletados nos domicílios dos idosos com a aplicação dos instrumentos sociodemográficos e clínicos, submissão à aplicação de escalas para registro da fragilidade e das alterações na cognição, humor, mobilidade e comunicação. Será realizado levantamento dos dados comportamentais, a partir do domínio da cognição, humor, mobilidade e comunicação. Será realizada, por fim, uma análise espacial da distribuição dos idosos frágeis na RAS do município de Pombal. Os dados coletados serão codificados, processados em software estatístico e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para análise espacial serão selecionados os idosos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Página 01 de 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.870.226

frágeis e em risco de fragilização, será determinada a dependência espacial, relação entre as ocorrências que depende da distância por meio de investigação da intensidade pontual do evento utilizando-se o método de suavização de Kernel. Para visualização e análise da distância entre as residências dos idosos e os serviços de atenção à saúde será construído Mapas de Fluxo.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos no projeto:

Objetivo Primário: Analisar os fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da Atenção Primária do município de Pombal, Paraíba.

Objetivo Secundário: Caracterizar os idosos segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais; Estimar a prevalência de idosos frágeis por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF 20); Analisar associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com a fragilidade; Verificar a localização espacial dos idosos em situação de fragilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram descritos no projeto:

Riscos: Os riscos da pesquisa envolvem a exposição de idéias que podem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade.

Benefícios: O desenvolvimento desta pesquisa trará inúmeros benefícios para o planejamento de ações de saúde a fim de possibilitar uma melhor assistência à saúde da pessoa idosa frágil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de doutorado do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Relevante na área da saúde, com metodologia bem delineada, atende os quesitos éticos da Resolução CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada.

- Parecer aprovado do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG, em 08/11/16.

- Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal, em 01/11/16.

- Projeto completo.

- Instrumentos que serão aplicados.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.870.226

frágeis e em risco de fragilização, será determinada a dependência espacial, relação entre as ocorrências que depende da distância por meio de investigação da intensidade pontual do evento utilizando-se o método de suavização de Kernel. Para visualização e análise da distância entre as residências dos idosos e os serviços de atenção à saúde será construído Mapas de Fluxo.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos no projeto:

Objetivo Primário: Analisar os fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da Atenção Primária do município de Pombal, Paraíba.

Objetivo Secundário: Caracterizar os idosos segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais; Estimar a prevalência de idosos frágeis por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF 20); Analisar associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com a fragilidade; Verificar a localização espacial dos idosos em situação de fragilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram descritos no projeto:

Riscos: Os riscos da pesquisa envolvem a exposição de idéias que podem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade.

Benefícios: O desenvolvimento desta pesquisa trará inúmeros benefícios para o planejamento de ações de saúde a fim de possibilitar uma melhor assistência à saúde da pessoa idosa frágil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de doutorado do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Relevante na área da saúde, com metodologia bem delineada, atende os quesitos éticos da Resolução CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada.

- Parecer aprovado do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG, em 08/11/16.

- Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal, em 01/11/16.

- Projeto completo.

- Instrumentos que serão aplicados.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.870.226

- TCLE apresentado como carta convite, assegurando a voluntariedade, e a desistência a qualquer momento do projeto, sem qualquer prejuízo. Informaram sobre os instrumentos de coleta de dados, o armazenamento, o benefício e os contatos dos pesquisadores e do Coep-UFMG. Descreve: "Os riscos a pesquisa envolvem a exposição de idéias que podem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade."

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|--------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_831571.pdf | 25/11/2016 10:42:30 | | Aceito |
| Outros | ParecerCamara.pdf | 25/11/2016 10:40:02 | Sônia Maria Soares | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaDeRosto.pdf | 25/11/2016 10:34:27 | Sônia Maria Soares | Aceito |
| Outros | Anuencia.pdf | 24/11/2016 10:41:03 | Sônia Maria Soares | Aceito |
| Outros | Instrumento.pdf | 24/11/2016 10:38:10 | Sônia Maria Soares | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | TCLE.pdf | 24/11/2016 10:36:09 | Sônia Maria Soares | Aceito |

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.870.228

| | | | | |
|---|------------------------|------------------------|--------------------|--------|
| Ausência | TCLE.pdf | 24/11/2016 10:36:09 | Sônia Maria Soares | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 24/11/2016 10:35:26 | Sônia Maria Soares | Aceito |
| Outros | 624296160parecer2.pdf | 16/12/2016 09:53:50 | Vivian Resende | Aceito |
| Outros | 624296160aprovacao.pdf | 16/12/2016 09:54:40 | Vivian Resende | Aceito |

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)