

**GLORIA TEIXEIRA NICOLSI**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS: relações com  
variáveis sociodemográficas e de saúde física autorrelatada**

**Campinas**

**2010**

**GLORIA TEIXEIRA NICOLosi**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS: relações com  
variáveis sociodemográficas e de saúde física autorrelatada**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de  
Campinas, para a obtenção do título de Mestre em  
Gerontologia

**Orientadora:** Profa. Dra. Monica Sanches Yassuda

**Campinas**

**Unicamp**

**2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA**  
**BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Rosana Evangelista Poderoso CRB-8ª / 6652

N547s Nicolosi, Gloria Teixeira  
Sintomas depressivos entre idosos: relações com variáveis sociodemográficas e de saúde física autorrelatada / Gloria Teixeira Nicolosi. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Monica Sanches Yassuda  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Envelhecimento. 2. Doenças crônicas. 3. Depressão. 4. Escolaridade. 5. Renda. I. Yassuda, Monica Sanches. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês :** Depressive symptoms among older adults: relations among sociodemographic and self reported health variables

**Keywords:**

- Aging
- Chronic diseases
- Depression
- Schooling
- Income

**Titulação: Mestre em Gerontologia**

**Banca examinadora:**

**Profª. Drª. Monica Sanches Yassuda**

**Profª. Drª. Anita Liberalesso Neri**

**Profª. Drª. Meire Cachioni**

**Data da defesa: 27-09-2010**

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO**

GLÓRIA TEIXEIRA NICOLSI (RA: 087290)

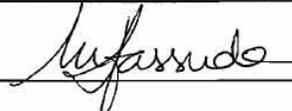
---

**Orientador (a) PROFA. DRA. MÔNICA SANCHES YASSUDA**

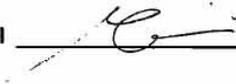
---

**Membros:**

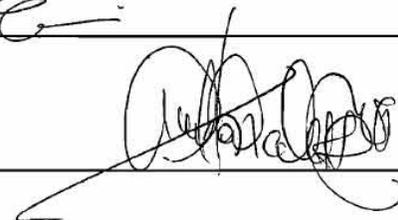
1. PROFA. DRA. MÔNICA SANCHES YASSUDA



2. PROFA. DRA. MEIRE CACHIONI



3. PROFA. DRA. ANITA LIBERALESSO NERI



---

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

**Data: 27 de setembro de 2010**

---

## DEDICATÓRIA

*Ao meu marido, Anselmo, pelo enorme apoio, pela presença disponível, paciência e, principalmente, generosidade durante todo o processo e sempre!*

## AGRADECIMENTOS

- *Aos meus pais, que me proporcionaram condições para que eu atingisse mais essa conquista.*
- *Aos meus queridos sogros, pelo enorme incentivo e apoio.*
- *À Professora Doutora Monica Sanches Yassuda, pela orientação cuidadosa e competente, a qual permitiu meu desenvolvimento ao longo do trabalho.*
- *À Professora Doutora Anita Liberalesso Neri, pela disponibilidade e generosidade em compartilhar conhecimento e sabedoria com seus alunos. E pela construtiva participação em minha banca de qualificação.*
- *À Professora Doutora Samila Sathler Tavares Batistoni pela disponibilidade e construtiva participação em minha banca de qualificação.*
- *Aos demais professores do Programa de Gerontologia da Faculdade de Ciências Médica da Unicamp pelo conhecimento compartilhado.*
- *Ao estatístico Heymar Machado pelo auxílio e pela disponibilidade.*
- *A todas as pessoas envolvidas na pesquisa e no processo de coleta de dados do Projeto Fibra/Ermelino Matarazzo.*
- *Aos meus pacientes que despertam em mim a necessidade de constante aprendizado e compreensão acerca das questões humanas.*
- *Aos meus queridos amigos, distantes ou próximos, sempre um ponto de apoio!*
- *Aos colegas do Programa de Gerontologia da FCM/Unicamp pelas construtivas trocas e pelo apoio.*

## RESUMO

Estudos gerontológicos apontam a influência de variáveis biológicas e psicossociais na etiologia da sintomatologia depressiva na velhice. **Objetivos:** O presente estudo busca investigar as correlações existentes entre sintomas depressivos, variáveis sociodemográficas (renda mensal, escolaridade, idade e gênero), doenças autorrelatadas, problemas de saúde autorrelatados e avaliação subjetiva de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo que utilizou o banco de dados do Projeto “Estudo da fragilidade em idosos brasileiros – Rede Fibra”. A amostra avaliada referiu-se ao subdistrito de Ermelino Matarazzo-SP e foi composta por 303 idosos. **Resultados:** Análises estatísticas descritivas demonstraram que amostra (N=384) foi composta por idosos na faixa etária de 65 a 69 anos (38,02%;  $\underline{M}$ =72,32;  $\underline{DP}$ = 5,77), do gênero feminino (67,19%), com nível de escolaridade primário completo (60,21%;  $\underline{M}$ =3,42,  $\underline{DP}$ =2,82) e renda familiar de um a três salários mínimos (53,75%,  $\underline{M}$ = 3,38,  $\underline{DP}$ =3,10). A maioria da amostra apresentou o escore não compatível com depressão (79,21%) e boa avaliação subjetiva de saúde (40,53%). As doenças autorrelatadas mais prevalentes foram hipertensão (64,45%), artrite (36,21%), osteoporose (26,25%) e diabetes (24,25%). Os problemas de saúde mais prevalentes foram medo de cair (60,13%), memória (51,32%) e tristeza (38,74%). Os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis indicaram maiores escores da GDS entre idosos com diabetes, artrite, incontinência urinária, incontinência fecal, tristeza, perda de apetite, quedas, que estiveram em condição acamada, que apresentam problemas de memória, e medo de cair. As análises de regressão linear univariada indicaram relação significativa entre escolaridade, renda, gênero, problemas de saúde e número de doenças autorrelatadas. As análises de regressão multivariada pelo critério *stepwise* indicaram o aumento de 0,64 unidade no escore da GDS a cada problema de saúde. Ter avaliação subjetiva de saúde muito ruim ou regular representou um escore da GDS 1,06 unidade maior que ter avaliação subjetiva de saúde muito boa ou excelente. Cada ano de escolaridade acarretou redução de 0,14 unidade do escore da GDS. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ( $P<0,05$ ). **Conclusão:** A presença de sintomas depressivos associou-se ao maior número de doenças e de problemas de saúde autorrelatados, pior avaliação subjetiva de saúde e menor escolaridade.

**Palavras-Chave:** sintomas depressivos; doenças crônicas; avaliação subjetiva de saúde; variáveis sociodemográficas; idosos.

## ABSTRACT

Gerontological studies have found the influence of several biological and psychosocial factors for the etiology of symptomatology of depression in elderly people. **Objectives:** This research aimed to investigate the correlation among depressive symptoms, socio-demographic variables (monthly income, education, age and gender), self-reported illness, self-reported health problems and self-rated health condition. **Methods:** A cross sectional and quantitative study using the database of the "Study of Frailty in the Community-Dwelling Elderly in Brazil - Fibra Study". The sample selected refers to the subdistrict of Ermelino Matarazzo, in Sao Paulo and included 303 elderly individuals. **Results:** descriptive statistical analyses have shown that the sample (N=384) was mostly formed by elderly individuals aged 65 to 69 (38.02%; M=72,32; DP= 5,77), from the female gender (67,19%), with elementary education (60,21%; M=3,42, DP=2,82) and family income from one to three Brazilian minimum wages (53,75%, M= 3,38, DP=3,10). Most of the sample did not show GDS score compatible with depression (79,21%) and most participants indicated good self-rated health condition (40,53%). The most prevalent self-reported illnesses were: hypertension (64, 45%), arthritis (36,21%), osteoporosis (26,25%) and diabetes (24,25%). The most prevalent health problems were: fear of falling (60,13%), memory loss (51,32%) and sadness (38,74%). Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests indicated higher GDS scores among elderly with diabetes, arthritis, urinary incontinence, fecal incontinence, sadness, poor appetite, falls, bed rest condition, memory loss and fear of falling. Single-variable linear regression analysis indicated significant relations among education, income, gender, health problems and number of self-reported illness. Multivariate stepwise regression analysis indicated the increase of 0,64 units in GDS score to each reported health problem. Having very low or regular self-rated health represented a GDS score of 1,06 unit higher than having very good or excellent self-rated health. Each year of education meant a reduction of 0,14 units in GDS scores. **Conclusion:** The presence of depressive symptoms was associated with a higher number of illnesses, higher self-reported health problems, worse self-rated health and lower education.

**Keywords:** depressive symptoms; chronic illness; self-rated health condition; socio-demographic variables; elderly.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ABVDs</b>	Atividades Básicas de Vida Diária
<b>AIVDs</b>	Atividades Instrumentais de Vida Diária
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>AVDs</b>	Atividades de Vida Diária
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>CGD</b>	Carga Global de Doenças
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
<b>DCNTs</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>DSM-IV</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
<b>Fibra</b>	Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros
<b>GDS</b>	<i>Geriatric Depression Scale</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>Lido</b>	<i>Longitudinal Investigation of Depression Outcomes</i>
<b>Meem</b>	Miniexame do Estado Mental
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>Pensa</b>	Pesquisa sobre Envelhecimento Saudável
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
<b>Sabe</b>	Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
<b>SAS</b>	<i>Statistical Analysis System</i>
<b>SM</b>	Salário Mínimo
<b>Unicamp</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>
<b>WHOQOL</b>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proporção de idosos que declaram saúde ruim e muito ruim, por classes de rendimento médio mensal familiar per capita, em salários-mínimos, segundo o sexo – Brasil.....	39
Figura 2 – Proporção de idosos que declararam saúde ruim e muito ruim, por grupos de idade, segundo o sexo - Brasil.....	40
Figura 3 – Expectativa de vida dos idosos de 60, 70 e 80 anos ou mais de idade, segundo o sexo – Brasil – 1999/2003.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência e percentual das variáveis sociodemográficas.....	53
Tabela 2. Frequência e percentual de doenças autorrelatadas.....	54
Tabela 3. Frequência e percentual de problemas de saúde.....	55
Tabela 4. Análise comparativa entre variáveis sociodemográficas e escore GDS.....	56
Tabela 5. Análise comparativa entre escore da GDS e faixas de número de doenças.....	57
Tabela 6. Análise comparativa entre escore da GDS e faixas de número de problemas de saúde...	57
Tabela 7. Análise comparativa para os escores da GDS entre faixas de avaliação subjetiva de saúde.....	58
Tabela 8. Análise de regressão linear univariada para escore de depressão da GDS.....	59
Tabela 9. Análise de regressão linear multivariada para escore GDS.....	60
Tabela 10. Avaliação subjetiva de saúde em relação ao número de doenças.....	61
Tabela 11. Avaliação subjetiva de saúde em relação ao número de problemas de saúde.....	61
Tabela 12. Análise comparativa entre faixas de número de doenças autorrelatadas, avaliação subjetiva e escore da GDS.....	62
Tabela 13. Análise comparativa entre faixas de número de problemas de saúde, avaliação subjetiva e escore GDS.....	63
Tabela 14. Escores para a GDS (Média e DP) conforme as doenças autorrelatadas .....	64
Tabela 15. Escores para a GDS (Média e DP) conforme os problemas de saúde.....	65

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Os critérios para depressão e as peculiaridades de sua manifestação na velhice.....	5
1.1.1. Depressão no envelhecimento sob a ótica da perspectiva ao longo da vida ( <i>life-span</i> ).....	13
1.1.2. Sintomatologia da depressão na velhice.....	14
1.1.3. Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos na velhice.....	18
1.2. Sintomas depressivos e doença crônica.....	19
1.3. Avaliação subjetiva de saúde.....	31
1.3.1. Variáveis envolvidas no conceito avaliação subjetiva de saúde.....	33
1.3.2. Sintomas depressivos e avaliação subjetiva de saúde.....	37
1.3.3. Variáveis sociodemográficas e avaliação subjetiva de saúde.....	38
2 - OBJETIVOS.....	43
2.1. Objetivo Geral.....	44
2.2. Objetivos Específicos.....	44
3 - MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
3.1. Amostragem, recrutamento e participantes.....	46
3.2. Procedimentos.....	47
3.3. Instrumentos e Materiais.....	48
4 - RESULTADOS.....	51
4.1. Análises estatísticas.....	52
4.1.1. Descrição da amostra.....	53

4.1.2. Análise comparativa entre o escore de depressão (GDS) e variáveis sociodemográficas.....	56
4.1.3. Análise comparativa entre o escore da GDS e variáveis de saúde e psicossociais.....	57
4.1.4. Análise comparativa entre o escore da GDS e faixas de avaliação subjéitiva de saúde.....	58
4.1.5. Relação entre as variáveis numéricas.....	58
4.1.6. Análises de regressão linear univariada e multivariada entre as variáveis de interesse com o escore da GDS.....	59
4.1.7. Análise comparativa entre número de doenças autorrelatadas, número de problemas de saúde, avaliação subjéitiva de saúde e escore GDS.....	60
4.1.8. Análise Comparativa entre as variáveis doenças autorrelatadas, problemas de saúde e escore GDS.....	63
5 - DISCUSSÃO.....	66
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
8 - ANEXOS.....	106
9 - APÊNDICE.....	142

# 1- INTRODUÇÃO

O Brasil atravessou, nos últimos 30 anos, uma transição demográfica manifesta na queda expressiva da fecundidade e da mortalidade, iniciando um processo de envelhecimento na população (Ramos, 2002). Tal mudança pode ser considerada um avanço em termos de saúde pública, representando controle das doenças infectocontagiosas e efetivo planejamento familiar, mas significa também maior prevalência de enfermidades crônicas associadas ao envelhecimento. Sendo a velhice uma fase do ciclo de vida na qual o indivíduo encontra-se mais vulnerável a fatores de riscos biopsicossociais do que em outros momentos, há a tendência ao aumento das doenças crônicas.

Essa maior vulnerabilidade biológica do idoso advém de uma complexa inter-relação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, que podem ainda ser preditores do desenvolvimento de fragilidade e isolamento social (Queiroz e Papaléo Netto, 2007; Tavares, 2004). Também pode predispor ao surgimento de transtornos psiquiátricos ou neurológicos. Entre os transtornos mentais, a depressão encontra-se como um dos mais prevalentes problemas crônicos entre os idosos, ocasionando considerável decréscimo na qualidade de vida (Blazer, 2003).

O Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou um levantamento dos principais fatores biológicos, sociais e psicológicos que favorecem o surgimento dos transtornos de saúde mental nas diferentes sociedades. A depressão grave, categorização fornecida pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1994) foi considerada a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situada em quarto lugar entre os dez principais fatores de Carga Global de Doenças (CGD). O relatório apresenta a projeção de que,

provavelmente nos próximos 20 anos, caberá à depressão a segunda colocação entre as principais causas da CGD. A determinação desse conceito ocorreu pelo número de anos em que o indivíduo encontrou-se afastado de atividades profissionais e produtivas em decorrência da incapacidade gerada pela doença. Tal relatório apoiou-se na concepção formulada em 1946, na qual saúde era considerada “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946), e avançou na ênfase entre a estreita interação existente entre doença mental e física.

O estudo multicêntrico “*WHO Collaborative Study of Psychological Problems in General HealthCare*” (Gureje et al., 1998) demonstrou a inter-relação entre a maioria das doenças mentais e físicas com fatores biológicos, psicológicos e sociais, comparando diferentes populações situadas na Ásia, África, Europa e nas Américas. No total, foram incluídos 5.447 sujeitos, usuários do serviço de atenção primária à saúde, com objetivo de examinar os vínculos entre o sintoma dor persistente – proveniente de uma série de enfermidades crônicas – e a sensação de bem-estar de pacientes na faixa etária dos 18 anos aos 65 anos. Alguns resultados interessantes foram apresentados, como o fato de as pessoas com dor persistente possuírem quatro vezes mais probabilidade de sofrer ansiedade ou transtornos depressivos do que aquelas em que os sintomas de dor são ausentes. Além disso, constatou-se que, em nove centros, a presença de dor persistente foi significativamente mais alta para as mulheres (Gureje et al., 1998). Esses dados também revelaram a mútua relação entre o bem-estar físico e o psicológico.

Em um modelo de saúde integrada, a saúde mental – emoções e padrões de pensamento/comportamento – seria um fator determinante para uma satisfatória qualidade de vida do indivíduo. Dados da literatura sobre o assunto relacionaram o quanto um estado afetivo angustiado e deprimido favorece uma série de respostas endócrinas e imunológicas, aumenta a

susceptibilidade a doenças físicas e dificulta a adesão do paciente às recomendações médicas (Gureje et al., 1998). A esse respeito, o relatório da OMS (2001) destaca:

(...) o diabético deprimido tem mais probabilidades de seguir um regime alimentar mais deficiente, ter hiperglicemia mais frequente e maior incapacidade e arcar com custos de atenção de saúde mais altos do que os diabéticos não deprimidos. O tratamento da ansiedade e da depressão em pacientes diabéticos redundará em melhoria dos resultados mentais e físicos. O forte relacionamento entre depressão e falta de observância indica que estes pacientes, especialmente os que não seguem o tratamento, devem passar por triagens frequentes e, se necessário, receber tratamento para depressão (Relatório sobre a Saúde no Mundo – OMS, 2001, p.8).

Em 2000, um importante estudo de revisão bibliográfica forneceu evidências para tal destaque da OMS. Foram catalogadas pesquisas referentes ao assunto produzidas de 1968 a 1998 para investigar as correlações entre sintomas depressivos e a pouca adesão às recomendações médicas. Os critérios de inclusão para os artigos foram: relacionarem-se com a temática de adesão ou não adesão do paciente e incluírem amostras de pacientes não psiquiátricos e com recomendações prescritas por médicos não psiquiatras. Analisaram-se doze estudos na literatura médica que correlacionaram estatisticamente sintomas depressivos com baixa adesão. Concluiu-se que esse fator produz três vezes mais probabilidade de que o regime médico não seja seguido do que entre os demais pacientes (DiMatteo et al., 2000).

Males mentais e estresse psicológico podem ser fatores que aumentam a probabilidade de práticas de comportamentos de risco e autodestrutivos. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) – como as cardiovasculares, renais e endócrinas –, vinculam-se estreitamente a

comportamentos pouco saudáveis e, por vezes, autodestrutivos, como abuso de álcool e de tabaco, hábitos sedentários, dieta alimentar deficiente e práticas sexuais inseguras. Grande número de doenças que oneram os sistemas públicos poderia ser evitado com um comportamento saudável, o que depende, em parte, da saúde mental de cada indivíduo (Ranrakha et al., 2000; Kanton, 2003).

A complexidade existente nesta concepção de saúde integrada faz-se necessária para a compreensão do indivíduo como ser biopsicossocial, inserido em uma dada realidade histórica. No presente trabalho, o objetivo é analisar as relações existentes entre sintomas depressivos, doenças crônicas (como, por exemplo, o diabetes e a hipertensão), seus sinais e sintomas, variáveis sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, renda) e avaliação subjetiva de saúde. Também buscam-se referenciais teóricos para ampliar e aprofundar a compreensão sobre a relação entre as variáveis estudadas.

### **1.1. Os critérios para depressão e as peculiaridades de sua manifestação na velhice**

Atualmente, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1994) e o Manual Estatístico e de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV, 1995) são parâmetros para determinar transtornos emocionais no meio científico e clínico.

Segundo o CID-10, episódios depressivos podem ser compreendidos como alterações de humor que acarretam modificações no nível global de atividade do indivíduo. Em sua maioria, são recorrentes e relacionados a situações de estresse.

Com base nesse sistema de classificação, os episódios depressivos podem, determinados pelo número e gravidade do sintomas, manifestarem-se em três graus: leve, moderado ou grave.

Os sintomas comuns são: rebaixamento do humor, redução da energia, diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração e sensação de fadiga. Também podem ser observados indicadores somáticos, como problemas do sono (despertar precoce), diminuição do apetite, lentidão psicomotora, agitação, perda de peso e perda da libido. Mesmo nas formas leves dos episódios depressivos, são comuns a diminuição da autoestima e da autoconfiança e ideias de culpabilidade.

O episódio depressivo leve caracteriza-se pela presença de pelo menos dois ou três sintomas citados anteriormente, originando sofrimento ao paciente, no entanto, sem prejudicar o desempenho das atividades cotidianas. Casos moderados apresentam quatro ou mais indicadores, provocando grande dificuldade para a manutenção do desempenho dos afazeres rotineiros. Ocorrências graves manifestam-se pela presença de vários dos sinais mencionados, sendo vivenciados pelo indivíduo de forma angustiante, acompanhados por ideias de desvalia, culpa e de perda de autoestima. Podem vir acompanhados de sintomas psicóticos tais como: alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora ou estupor e ideação suicida. No CID-10, não há especificações sobre o intervalo de tempo mínimo que caracterizaria um episódio depressivo leve, moderado ou grave.

Em contrapartida, no DSM-IV - que também caracteriza a depressão como distúrbio de humor - são utilizados critérios mais rígidos e nomenclatura distinta, como Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico. Para o primeiro, o paciente deve apresentar, por duas ou mais semanas, no mínimo cinco dos seguintes sintomas: 1) humor deprimido, 2) perda de interesse ou prazer, 3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, 4) insônia ou hipersonia, 5) agitação ou retardo psicomotor, 6) fadiga, 7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, 8) capacidade diminuída de concentração ou de decisão e 9) pensamento recorrente de morte. Dentro

dos cinco indicadores manifestos, pelo menos um deve ser ou humor deprimido ou perda do interesse e prazer, e é necessário que se trate de uma alteração comportamental.

No DSM-IV, também são considerados critérios de diagnóstico as seguintes condições: 1) se os sintomas causarem sofrimento clinicamente significativo e prejuízo do funcionamento social e ocupacional do indivíduo, 2) se, após o luto de um ente querido, os sinais persistem por mais de dois meses. Do mesmo modo, são incluídos indicadores caracterizados por prejuízo funcional, preocupação mórbida, retardo psicomotor e ideação suicida.

Ainda segundo o DSM-IV, o Transtorno Distímico seria caracterizado pelos seguintes critérios diagnósticos: apresentação de humor deprimido na maior parte do dia e na maioria dos dias pelo período mínimo de dois anos, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros. Também é considerada a presença de duas ou mais das seguintes características: 1) apetite diminuído ou hiperfagia, 2) insônia ou hipersonia, 3) baixa energia ou fadiga, 4) baixa autoestima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e 5) sentimentos de desesperança. É condição, durante dois anos, a ocorrência de perturbação, desde que o indivíduo jamais tenha estado por mais de dois meses sem os sintomas acima elencados ou sem humor deprimido. Sinais que causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo também são considerados. Um critério de exclusão para Transtorno Distímico relaciona-se à presença de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros dois anos de perturbação. É importante enfatizar que não são considerados critérios diagnósticos para transtorno de humor sintomas decorrentes de efeitos fisiológicos diretos de substâncias, medicamentos ou de uma condição médica geral que possam acarretar em rebaixamento do humor, como por exemplo, no hipotireoidismo.

Ambos os critérios, seja o do CID-10 (1994), seja o do DSM-IV (1995), são norteadores para a compreensão e investigação da questão, a despeito de diferenças de nomenclatura. Eles resultam de generalizações sobre amostras de distintas populações, havendo a necessidade de serem buscados outros referenciais teóricos para complementar e aprofundar o entendimento dos transtornos depressivos que se manifestam na velhice. Além disso, o uso de critérios categóricos do DSM-IV e CID-10 tenderiam a subdiagnósticos, devido às altas taxas de comorbidades clínicas, à ênfase dos idosos em seus sintomas somáticos e outros fatores físicos, cognitivos e comportamentais peculiares ao envelhecimento (Tavares, 2004).

Segundo Tavares (2004) as escalas de rastreio de sintomas depressivos específicas ao idosos como por exemplo, a *Geriatric Depression Scale* (GDS – Yesavage, 1983), atualmente são largamente utilizadas nas pesquisas gerontológicas. Isso porque complementam o diagnóstico apresentado pelo DSM-IV e CID-10, ao incluir itens relacionados às alterações comportamentais de origem psicossociais e às queixas somáticas características da velhice. Além disso, apresentam-se como importantes instrumentos epidemiológicos de mensuração da prevalência de sintomas depressivos, possibilitando a investigação com variáveis sociodemográficas, psicossociais e a identificação de potenciais fatores de risco para a etiologia da sintomatologia depressiva.

Nesse sentido, a pesquisa clínica e epidemiológica sobre a manifestação de depressão na velhice tem empreendido esforços para identificar fatores de natureza biológica, psicológica e sociodemográficas relacionados à presença de sintomas depressivos na velhice.

A esse respeito, no Brasil, o estudo desenvolvido com 1.510 idosos da comunidade de Bambuí-MG, buscou investigar a prevalência e os fatores associados aos indicadores depressivos entre pessoas nessa faixa etária. Constatou-se uma prevalência de sintomas próxima a 38,5% na

amostra, sendo encontradas associações positivas de sintomas depressivos com o gênero feminino (61,1%) e a faixa etária de 60 a 69 anos. Também foram encontradas relações significativas entre sintomas depressivos e poucos anos de escolaridade: 64,1% dos idosos com sintomas depressivos apresentavam menos de quatro anos de estudo formal (Castro-Costa et al., 2008).

Outro levantamento, este realizado em Salvador-BA, investigou a associação entre comorbidades clínicas e depressão em idosos frequentadores de um ambulatório de referência. Foram destacadas 14 comorbidades clínicas, tais como hipertensão arterial, diabetes, osteoartrite e incontinência urinária. Na amostra de 1.120 pacientes, foi constatada uma prevalência de 23,4% para sintomas depressivos. Desta porcentagem, 91% dos idosos apresentou entre um e cinco problemas crônicos de saúde, sendo encontradas associações positivas entre sintomas depressivos e um número de doenças crônicas superior a três. A doença de Parkinson foi a que mais associou-se aos sintomas depressivos, seguido de outras enfermidades como a incontinência urinária, a instabilidade postural e a constipação intestinal. O comprometimento funcional decorrente dessas doenças pode provavelmente representar uma variável preditora da sintomatologia depressiva entre idosos. Também foi percebida uma maior tendência ao surgimento de sintomas depressivos entre os idosos com idade inferior a 75 anos e do sexo feminino (Duarte e Rego, 2007).

Dados referentes a Juiz de Fora-MG, fornecidos pelo Projeto Pesquisa sobre Envelhecimento Saudável (Pensa), indicaram que, em uma amostra de 903 idosos com idades de 60 a 79 anos, a prevalência de sintomas depressivos foi de 33,8%. Assim como nos demais estudos citados, a maior prevalência da sintomatologia depressiva ocorreu no gênero feminino, e na faixa etária inferior a 70 anos de idade. No entanto, também foram encontrados altos índices de sintomas depressivos entre os idosos com idade superior a 80 anos (Tavares, 2004).

Com amostragem mais reduzida, um levantamento foi realizado em Taguatinga-DF, cidade satélite de Brasília. Constatou-se que 30% dos usuários de centros de convivência com idade igual ou maior a 60 anos manifestaram sintomas depressivos. No entanto, nesta pesquisa não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a prevalência de sintomas depressivos nas diferentes faixas etárias (Oliveira et al., 2006).

Tavares (2004) constatou, por meio de levantamento de estudos clínicos e epidemiológicos de diferentes nacionalidades, que existe uma propensão do gênero feminino à maior prevalência dos sintomas depressivos. Fatores sociais, bioquímicos e psicológicas influenciariam essa tendência. Como exemplos desses fatores são citados: a maior facilidade de verbalizar queixas físicas, as piores condições de saúde e de recursos financeiros e o menor acesso à educação.

Outro aspecto importante discutido por Tavares (2004) referiu-se ao elevado índice de sintomas depressivos entre os idosos na faixa etária de 60 a 69 anos. Segundo a autora, o próprio processo do envelhecimento e suas mudanças iminentes estariam entre os fatores influentes nessa questão. O início da velhice pressupõe a necessidade de o indivíduo adaptar-se às demandas próprias dessa etapa de vida tais como perdas corpóreas, perdas do *status* socioeconômico e aposentadoria. Essa perdas reais ou ameaças de perdas favoreceriam ao aumento da tendência do surgimento de sintomas depressivos entre idosos dessa faixa etária.

Essa tendência pode ser compreendida por meio do conceito teórico identificado como vulnerabilidade psicológica (Gatz, 1998). A vulnerabilidade psicológica dos indivíduos à depressão ao longo das diferentes fases de vida apresenta-se em uma trajetória curvilínea não linear, associando-se a outros dois importantes fatores: vulnerabilidade biológica e vivência de eventos estressores. Conforme essa concepção teórica, alterações na vulnerabilidade biológica e na

vivência de eventos estressores favorecem ao aumento da vulnerabilidade psicológica, podendo ocorrer em diferentes fases de vida de maneira não linear e não contínua.

Com o avançar da velhice, uma série de estratégias adaptativas tendem a ser desenvolvidas, explicando o fato de que, em muitas pesquisas, é encontrada uma prevalência inferior de sintomas depressivos entre os idosos com idade de 70 a 79 anos (Aldwin, 1994; Neri, 2002; Tavares, 2004). No entanto, pesquisas também apontam alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos com mais de 80 anos, sugerindo o aumento da vulnerabilidade biológica originado pela tendência ao aumento de doenças crônicas e incapacitantes com o avanço da velhice (Batistoni, 2007; Giacomini et al., 2008).

Outro estudo comparou a saúde mental de idosos de três distritos do Rio de Janeiro com níveis socioeconômicos distintos. Percebeu-se que a porcentagem de sintomatologia depressiva foi de 22,6%, 19,7% e 35,1% naquelas regiões com, respectivamente, poder aquisitivo alto, médio e baixo. Assim, foram demonstradas correlações significativas entre sintomas depressivos e baixo nível socioeconômico associadas à escassez de recursos e de serviços assistenciais de saúde destinados aos idosos encontrados na região de baixo nível socioeconômico (Veras e Murphy, 1994).

Os dados de pesquisas nacionais citadas indicaram associações entre a prevalência de sintomas depressivos e algumas das variáveis a serem aprofundadas no presente trabalho, como doença crônica, gênero, idade, escolaridade e renda. A bibliografia internacional também fornece dados importantes entre a sintomatologia da depressão na velhice e as variáveis levantadas. Na maioria das pesquisas internacionais levantadas são utilizados os critérios do Manual Estatístico e de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV, 1995) para a classificação dos transtornos depressivos, a saber: transtornos distímicos e depressão maior.

Resultados de uma pesquisa longitudinal da França, que investigou justamente a prevalência de depressão maior na velhice, constatou que, entre 1.873 idosos não institucionalizados, 46% apresentavam algum tipo de distúrbio psiquiátrico ao longo da vida. Nesse percentual foi observada uma prevalência de 26,5% para sintomatologia depressiva, sendo no gênero feminino duas vezes mais dominante (Ritchie et al., 2004).

Dados norte-americanos de uma investigação realizada no estado de Utah também apresentaram índices mais elevados para transtornos depressivos entre pessoas do gênero feminino. Entre as mulheres a prevalência de depressão maior apresentou-se em torno de 4,4% enquanto para os homens mostrou-se em torno de 2,7% (Steffens et al., 2000).

Outro estudo, corrobora a influência de outras variáveis de saúde na manifestação dos sintomas depressivos. Percebeu-se que a prevalência de depressão maior é ainda mais alta para idosos hospitalizados, representando entre 10% a 12%. Além disso, 23% dos pacientes internados apresentaram sintomas congruentes com depressão leve ou distímia (Koenig et al., 1988).

Por meio de levantamento na literatura norte-americana, Gordilho (2002) constatou que, entre idosos atendidos em unidades de atenção primária, 17% a 30% apresentaram sintomas depressivos. Quando utilizados os critérios para a depressão maior, a prevalência foi de 1% a 5%. Em relação à assistência primária em saúde, a depressão maior atinge de 5% a 10% dos idosos nos Estados Unidos. Também foram percebidas significativas correlações positivas entre sintomas depressivos e comorbidades clínicas entre os idosos usuários da atenção primária em saúde (Lyness et al., 2002; Lyness, 2004) a serem aprofundadas nos próximos capítulos.

### **1.1.1. Depressão no envelhecimento sob a ótica da perspectiva ao longo da vida (*life-span*)**

A perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*) fornece conceitos fundamentais para a compreensão do processo de envelhecimento. Segundo esse paradigma ao longo de todas as fases etárias, o desenvolvimento ocorre regulado por processos como os genético-biológicos, socioculturais e não normativos. Compreende-se como processos não normativos situações inesperadas, não planejadas e incontroláveis na trajetória de um indivíduo, apresentando-se de formas distintas para cada pessoa (Fortes, 2005; Fortes-Burgos e Neri, 2008). Resultantes desse processo são sobrepostas e caracterizam ganho e perdas evolutivas na história de vida de cada indivíduo (Neri, 2002).

No entanto, conforme envelhecemos, os processos genético-biológicos graduados pela idade tornam-se mais representativos na regulação do desenvolvimento do que aqueles de natureza sociocultural. Isso ocorre justamente devido a uma maior tendência à ocorrência de perdas fisiológicas e cognitivas vinculadas ao envelhecimento.

Também ocorre maior tendência de processos não normativos de baixa controlabilidade. Eventos como o falecimento de entes queridos e familiares, doenças crônicas e perdas de *status* socioeconômico tendem a ser mais frequentes com o avançar da velhice (Fiske e Jones, 2005, Fontes, 2005). Essa tendência ao aumento de situações não normativas pode predispor à maior vulnerabilidade a transtornos de humor, visto que a sucessão de experiências de vida relacionadas a dificuldades físicas e/ou sociais rompem com o equilíbrio estabelecido e geram a necessidade de o indivíduo demandar novos recursos pessoais para adaptar-se. Estratégias adaptativas desenvolvidas ao longo da vida como seleção de metas, otimização de recursos internos e externos e compensação de perdas tendem a apoiar a

superação das reconhecidas perdas biopsicossociais na velhice (Baltes e Baltes, 1990; Neri, 2002; Batistoni, 2007).

A capacidade do indivíduo de manter um constante desenvolvimento na velhice dependerá dessas estratégias adaptativas de autoregulação do *self* que, conseqüentemente, exercerão importante influência na variabilidade do perfil do envelhecimento emocional de cada indivíduo – estando associadas aos processos de envelhecimento normal, ótimo ou patológico (Rowe e Kahn, 1998; Cupertino et al, 2006). Apesar da tendência ao aumento de processos não normativos na velhice, a maioria dos idosos mantém um elevado nível de autoestima, bem-estar subjetivo e senso de domínio, encontrando recursos internos para o enfrentamento dessas questões e vivenciando uma velhice bem-sucedida (Diehl, 1999; Fortes-Burgos e Neri, 2008).

### **1.1.2. Sintomatologia da depressão na velhice**

Os transtornos depressivos nos idosos revelam singularidades na apresentação de sua sintomatologia. Entre eles, são frequentes as queixas somáticas e maiores índices de distúrbios psicomotores, como agitação ou letargia, baixa frequência de antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento (Parker, 2000; Blazer, 2003; Ballmaier et al., 2008).

Segundo alguns pesquisadores, a distímia é a forma de depressão mais comum entre idosos e a que tende a aumentar com o avanço da idade, principalmente no gênero feminino. É um distúrbio crônico do humor que raramente surge pela primeira vez após os 60 anos, mas que pode persistir da idade adulta à velhice (Blazer, 2003). Alguns autores caracterizam essa alteração de

humor nos idosos como a “síndrome da depressão sem tristeza”, possuindo como sintomas a apatia, retração e falta de vivacidade. De acordo com alguns autores, a etiologia da distímia na velhice pode correlacionar-se à vivência de situações de estresse crônico, doenças crônicas e incapacidades funcionais (Riso et al., 2002; Blazer, 2003).

No entanto, tais comportamentos – diminuição do contato social, aparente apatia e menor expressão emocional – também podem representar estratégias adaptativas bastante comuns entre os idosos. A teoria da seletividade socioemocional formulada por Carstensen (1991) expõe esse declínio nas interações sociais e mudanças no comportamento emocional como um necessário processo adaptativo.

Segundo a teoria, com o avanço dos anos existe uma tendência de os idosos apresentarem uma mudança na perspectiva temporal advinda da percepção da redução do tempo de vida restante. Frente a esse processo, ocorre um movimento adaptativo de selecionar metas, parceiros e formas de interação com o objetivo de otimizar os recursos internos disponíveis. São frequentes no envelhecimento a diminuição nos níveis de alerta e intensidade de respostas emocionais que possibilitam aos idosos, justamente, poupar recursos internos e otimizar seu funcionamento afetivo e social. Tornam-se mais relevantes o relacionamento seletivo com pessoas que ofereçam experiências emocionais significativas, do que a descoberta e ampliação de redes sociais, experiências emocionais e busca de *status* (Carstensen 1991; Neri, 2006).

Essa maior tendência ao encolhimento da rede social e à menor intensidade na resposta emocional aos estímulos externos presentes nesta fase devida pode muitas vezes ser confundida com alguns dos sintomas depressivos. O grande desafio diagnóstico de sintomatologia depressiva entre idosos é, justamente, discernir entre comportamentos considerados particulares e adaptativos

à idade e os disfuncionais, indicativos da doença. A aprofundada investigação clínica e de história de vida de cada indivíduo fornece dados importantes para esse intento.

Além disso, a literatura gerontológica sobre o assunto dispõe de importantes esclarecimentos e aprofundamento sobre a confluência de fatores de risco para a etiologia de sintomas depressivos e particularidades do diagnóstico de idosos, expostos nos próximos parágrafos.

O surgimento precoce ou tardio (após os 60 anos) dos sinais desses transtornos pode influenciar sua etiologia e sintomatologia, principalmente pelo fato de a depressão na velhice frequentemente surgir concomitantemente a comorbidades físicas e psicológicas. Sua manifestação é frequente na presença de doenças crônicas, tais como, diabetes, enfermidades cardíacas e reumáticas. A depressão pode estar aliada à queda na capacidade funcional e independência, bem como à diminuição da qualidade de vida advindas de doenças crônicas no idoso (Blazer, 1994; Blazer, 2000; Ballmaier et al., 2008).

A presença de comorbidades clínicas, principalmente relacionadas ao sistema nervoso, pode influenciar na sintomatologia dos transtornos depressivos. Observou-se robusta relação entre alto risco para disfunções cognitivas e depressão de início tardio, levando alguns pesquisadores a enfatizar as disfunções cognitivas como preditoras desses transtornos em idosos (Salloway et al., 1996; Butters et al., 2004). Como exemplo, aponta-se a depressão denominada vascular, resultante de áreas cerebrais lesionadas. Este tipo de caso é mais comumente encontrada em idosos, pois está associada a disfunções cognitivas e a lesões nas regiões subcorticais do cérebro (Alexopoulos, 2002; Butters et al., 2004; Ballmaier et al., 2008; Jorge et al., 2008). Estima-se que 54% dos casos de início tardio encontram-se dentro dos critérios de depressão vascular. Para esse tipo específico,

o aumento da idade é diretamente proporcional à prevalência (Krishnan et al., 2004). São observadas alterações relacionadas às áreas lesionadas responsáveis por alterações em velocidade de processamento das informações, orientação visual e espacial, velocidade de marcha, memória de reconhecimento e, em especial, relacionadas às funções executivas (Austin et al., 2001; Butters et al., 2004; Jorge et al., 2008).

Estudos apontam que a prevalência de sintomas como desinteresse geral pelas atividades cotidianas e grande inibição psicomotora é maior em idosos com depressão de etiologia vascular (Salloway et al., 1996; Jorge et al., 2008). Faz-se necessário enfatizar que tanto alterações cognitivas quanto sinais depressivos podem ser decorrentes de alterações vasculares. Em contrapartida, a manifestação de um quadro depressivo também pode apresentar como sintomatologia o rebaixamento da atenção e da motivação, contribuindo para um pior desempenho cognitivo. A direção da relação causal ainda demanda novas investigações.

Diferentes pesquisas demonstraram elos entre alterações no hipocampo e a prevalência de depressão em idosos. O volume diminuído e menor tempo de relaxamento da atividade hipocampal (mensurados por exames clínicos) em pessoas nessa faixa etária seriam variáveis associadas à depressão de início tardio. Também estariam associadas ao aumento do risco de demência (Krishnan et al., 1991; MacQueen et al., 2003; Taylor et al., 2006).

Outro tipo de sintomas depressivos comuns na população idosa seriam decorrentes de quadros de doença de Alzheimer, demência vascular ou demência mista. Tal manifestação mostrase responsável por 20% a 45% das internações de pacientes norte-americanos idosos que apresentam doença de Alzheimer (Blazer, 2003; Fonseca et al., 2008). Sua sintomatologia

apresenta singularidades, como alucinações, ideias delirantes, estado confusional, sintomas depressivos, irritabilidade, apatia e agitação. Além disso, demanda elevada sobrecarga de cuidados à família pois, com frequência, ocorrem manifestações de comportamentos inesperados e agressivos, além de perda do sentido de autoidentidade por parte do idosos com a doença (Fonseca et al., 2008).

### **1.1.3. Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos na velhice**

Para explicar o início de um quadro depressivo, não existe uma causa etiológica específica, podendo ser produto da interação de fatores biológicos e psicossociais (Forlenza, 1997; Blazer, 2003). São muitas as alterações fisiológicas que podem predispor ao surgimento de sintomas depressivos, entre as quais cita-se: alterações no sistema nervoso central, mudanças no ciclo de vigília e sono e diminuição da secreção hormonal. Também há uma tendência ao surgimento desses indicadores aliados a outras comorbidades, como doenças crônicas e distúrbios psiquiátricos na velhice. Alguns trabalhos demonstram associações importantes entre comorbidades físicas, incapacidade funcional e sintomas depressivos nos idosos (Blazer, 2000; Gordilho, 2002; Blazer, 2003; Tavares, 2004).

Apesar dessa confluência de fatores, será privilegiada, neste trabalho, a investigação da associação entre sintomas depressivos e as variáveis de natureza biológica (como a presença de doença crônica), psicológica (avaliação subjetiva de saúde) e sociodemográficas (idade, gênero, renda mensal e escolaridade).

## 1.2. Sintomas depressivos e doença crônica

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), no último século, ocorreu considerável diminuição na prevalência e incidência de doenças infectocontagiosas, devido ao avanço científico e de bem-sucedidas estratégias de saúde pública. Especialmente a partir de 1990, o aumento dos casos considerados crônicos esteve associado à maior expectativa de vida e a mudanças nos hábitos de vida provenientes da globalização. Na prática, essas transformações favoreceram o aumento de fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas, como maior o consumo de tabaco e álcool, ingestão de gorduras e sedentarismo. Conforme a Organização Mundial de Saúde, enfermidades cardíacas e respiratórias, neoplasias e diabetes estão entre as principais causas de mortalidade, representando 60% dos óbitos no mundo. Entre os 35 milhões de falecimentos decorrentes de doenças crônicas, 50% eram de idosos com mais de 70 anos, e 50% de cada gênero.

Em termos nacionais, há pelo menos quatro décadas os brasileiros convivem com o aumento dos principais problemas crônicos, devido à elevada prevalência de múltiplos fatores de risco para as DCNTs, características desse contexto histórico. As doenças cardiovasculares são destacadas como a primeira causa de morte no país. Também é apontado o excessivo aumento da mortalidade por outros males, como diabetes e neoplasias malignas (Lessa, 2004).

Conforme o Ministério da Saúde (2006), o diabetes aliado à hipertensão foi considerado como principal causa de mortalidade e de hospitalizações no país, sendo responsável por 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos a diálise. O diabetes também foi apontado pela *International Diabetes Federation* (2006) como problema de saúde pública, visto que o número de doentes nos países desenvolvidos dobrou nas duas últimas décadas. Em termos mundiais, atingiu 6% de toda a população. Apresentou uma tendência crescente entre

adultos brasileiros de 30 a 69 anos, com prevalência em torno de 7,6% e 1,8 vezes superior para o sexo feminino (Cavinatto, 2003; Ministério da Saúde, 2006).

Esses índices foram considerados preocupantes também pelo impacto do diabetes em termos de redução de expectativa e qualidade de vida (Cavinatto, 2003). O Ministério da Saúde (2006) constatou uma redução da expectativa de vida em média de 15 anos para o diabetes tipo 1 e de cinco a sete anos no do tipo 2. Além disso, notou-se tendência a comorbidades. Adultos com diabetes apresentaram de duas a quatro vezes mais riscos de desenvolver doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral (AVC). Também foi a causa mais comum de amputações não traumáticas de membros inferiores, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. No caso das mulheres, associou-se ainda ao maior número de partos prematuros e de mortalidade materna. Segundo estimativas, após 15 anos de convívio com a doença, 2% dos indivíduos acometidos estariam cegos e 10% adquiririam deficiência visual grave. No mesmo período de doença, de 30% a 45% teriam algum grau de retinopatia, de 10% a 20% de nefropatia, de 20% a 35% de neuropatia e de 10% a 25% teriam desenvolvido doença cardiovascular (Ministério da Saúde, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica foi, no Brasil, a mais prevalente das enfermidades cardiovasculares, sendo identificada como o principal fator de risco para acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal. Associou-se a pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% dos óbitos por doença arterial coronariana. No total, havia cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial; entre a população urbana adulta brasileira, representava de 22,3% a 43,9%. É importante destacar que os indivíduos com faixa etária superior a 40 anos portadores de hipertensão arterial sistêmica representaram 35% da amostra nacional (Ministério da Saúde, 2006).

Assim como o diabetes, a carga de comorbidades aliadas à hipertensão arterial sistêmica foi considerada muito alta, representando também um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Esse quadro torna-se mais agravado pela frequente negligência no diagnóstico e baixa adesão dos pacientes ao tratamento prescrito, principalmente pela lenta evolução e curso assintomático da doença.

De acordo com alguns estudos, a doença crônica surge como um dos principais eventos geradores de estresse na vida de um indivíduo. Possui como características a lenta e gradual evolução, o desenvolvimento de incapacidades e deficiências residuais, a presença de alterações patológicas irreversíveis que podem exigir reabilitação e cuidados por períodos extensos (Lessa, 1998; Tavares, 2004; Fortes, 2005).

Conforme o modelo de Lazarus e Folkman (1984), o estresse surge da inter-relação entre uma situação e o indivíduo. O fator estressor é definido pelo julgamento subjetivo do quanto uma dada situação seria aversiva, ameaçadora e superaria os recursos de enfrentamento desse sujeito. É importante enfatizar que a percepção do estresse resulta da interação entre o indivíduo e o meio, principalmente quando existe um desequilíbrio entre recursos pessoais e demanda externa percebida. Essa avaliação realizada pelo sujeito diante de uma situação considerada estressante pode receber diferentes significados – como ameaça, oportunidade de mudança ou perda – e exerce influência na escolha das formas de enfrentamento do evento estressor (Folkman et al., 1986; Tavares, 2004; Haase et al., 2005).

Assim, a manifestação de uma doença crônica demanda uma série de adaptações e reestruturações de vida, rotina e hábitos. Tornar-se um doente crônico significa trazer consigo novas incumbências que, geralmente, interferem no modo de viver das pessoas e daqueles que

estão a seu redor (Trentini et al., 1990; Oliveira et al., 2003). As incumbências são concretizadas pelo seguimento de um regime de tratamento aliado a uma nova rotina. São impostas diferentes necessidades, como dieta alimentar, controle de medicação, reabilitação físicas, repouso.

A doença crônica muitas vezes também pressupõe uma série de perdas, como, por exemplo, em relações sociais, em aspectos financeiros, na capacidade física, na aparência, nas atividades de lazer e nos antigos hábitos e vícios (Trentini et al., 1990). Castro e Car (2000) enfatizaram a dimensão biopsicossocial da enfermidade crônica ao considerar que o tratamento envolve, além do controle dos sintomas, a aceitação das mudanças psicológicas e sociais que a doença incurável traz à vida das pessoas atingidas e aos seus familiares, sendo um processo de mudança que demanda constantes esforços do paciente, família e equipe de saúde. Sendo assim, a tomada de consciência e aceitação da condição de paciente crônico tende a ser um processo gerador de estresse, ocasionado pela necessidade de assimilação e acomodação das mudanças impostas pela doença (Trentini et al., 1990; Francioni e Silva, 2007).

Em termos psicológicos um dispendioso processo emocional ocorre a partir dos primeiros sintomas e do diagnóstico de uma doença crônica até sua aceitação e adesão ao tratamento. Alves e Rabelo (1999) descreveram a inter-relação existente entre o corpo e a subjetividade durante a experiência da enfermidade:

(...) a enfermidade é, antes de mais nada, uma sensação de mal-estar, uma experiência direta de aflição. Em geral não saberíamos *a priori* que estamos doentes sem que a sensação de que algo não vai bem tenha sido experimentada. Assim, a enfermidade nos remete, em um primeiro momento, à nossa corporeidade... O sentir-se mal remete ao corpo como corpo vivido, indissociável da nossa subjetividade (Alves e Rabelo, 1999, p. 171-172).

É importante enfatizar que o adoecimento é vivenciado de forma singular, por meio de diferentes mecanismos adaptativos que podem surgir conforme fases específicas da doença em comportamentos como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kubler-Ross, 1985). Em termos dos doentes crônicos portadores de males de evolução lenta e gradual mas não fatal, o processo de aceitação está ligado à tomada de consciência das incumbências impostas pela enfermidade para ser garantida uma qualidade de vida satisfatória. Ou seja, o dispendioso processo de aceitação e adaptação à doença torna-se condição primordial para a adesão ao tratamento por parte do paciente (Trentini, 1990).

A difícil preparação interna que envolve a aceitação da condição de assumir-se doente advém da ruptura do sentimento de onipotência e controle perante os eventos da vida. Além disso, pode tornar a perspectiva do próprio futuro incerto para o indivíduo. Esse processo tende a gerar nos pacientes sentimentos de intensa ansiedade e desamparo frente à possibilidade da morte (Kubler-Ross, 1985; Olivieri, 1985).

Destaca-se a resiliência como um construto necessário para ampliarmos a compreensão acerca desta questão. Uma das definições para resiliência refere-se aos recursos internos e externos que favorecem a manutenção do desenvolvimento sadio de um indivíduo mesmo que, na presença de situações adversas e geradoras de estresse psicológico. As bases da resiliência seriam tanto constitucionais quanto individuais, sendo compreendida não como uma característica inata ao indivíduo, mas sim, desenvolvida pelos traços individuais de personalidade e contexto social e ambiental (Yunes, 2003; Morais e Koller, 2004; Bianchini e Dell'Aglio, 2006).

Fortes (2005) constatou que problemas relacionados a doenças crônicas estão entre os eventos potencialmente geradores de alto grau de estresse entre idosos, justamente em decorrência da sensação de ruptura da continuidade da própria vida. É emocionalmente dispendiosa, em termos de recursos internos, a constatação e aceitação de que o mesmo corpo que anteriormente apresentava-se com saúde, força e competência, inevitável e gradualmente evolui ao declínio e à finitude. Esse processo favorece ao aparecimento de emoções negativas, como ansiedade, desamparo e medo, podendo contribuir como fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Fortes, 2005).

Um levantamento bibliográfico a respeito dos impactos dessas doenças na vida dos pacientes possibilitou importantes achados envolvendo as relações entre sintomas depressivos e doença crônica. Em muitos estudos, são percebidas relações significativas entre a presença de enfermidades crônicas, a diminuição da qualidade de vida manifesta pelas restrições impostas aos tratamentos e/ou a presença de sintomas desconfortáveis (como, por exemplo, dor) e a indicadores depressivos.

Principalmente em casos de sintomatologia dolorosa, os dados da literatura demonstraram que os impactos e restrições tendem a ser mais negativos e de difícil adaptação aos pacientes. Conforme Caillet (1991), apesar de as relações causais entre sintomas depressivos e dor crônica ainda serem consideradas obscuras – não sendo confirmado se a primeira induz ou provém da última –, constatou-se, pela experiência clínica, que um grande número de pacientes com dor crônica desenvolve sintomas depressivos. A dor não é considerada apenas um sintoma, mas uma entidade patológica manifesta em muitas das doenças crônicas, o que colabora para a piora da qualidade de vida (Caillet, 1991).

Entre os estudos incluídos neste levantamento bibliográfico, destacou-se o realizado com 70 pacientes portadores de síndrome de fibromialgia que buscou avaliar a prevalência da sintomatologia depressiva e seu impacto na qualidade de vida dos pacientes (Berber et al., 2005). A síndrome da fibromialgia é caracterizada pelo surgimento de dor difusa pelo corpo e de processos inflamatórios articulares ou musculares. Os sintomas podem manifestar-se de forma leve ou evoluir para casos de intensas dores e fadiga com impossibilidade de realização de tarefas motoras e cognitivas. Em Berber et al. (2005), considerou-se que os sintomas da síndrome causam enorme impacto no cotidiano do paciente promovendo uma ruptura da rotina, que tende a se manter ao longo de seu curso de vida devido à cronicidade da doença. Dados da literatura nacional e internacional indicam a elevada prevalência de transtornos psicológicos em pacientes com a enfermidade, apresentando-se de 49% a 80% (Navas et al., 2003; Martinez et al., 2008). Essa alta prevalência relaciona-se, principalmente, ao fato de ser uma doença de origem não determinada e prognóstico incerto, favorecendo a piora da qualidade de vida (Santos et al., 2006; Martinez et al., 2008).

No estudo realizado por Berber et al. (2005), aproximadamente dois terços da amostra apresentaram alto grau de sintomas depressivos. Foram indicadas correlações significativas entre sintomas depressivos e queda da percepção da qualidade de vida, funcionalidade física e social, aumento da percepção de dor e piora da avaliação subjetiva de saúde. Quanto mais intensos foram os sintomas depressivos, maiores eram as quedas dos escores nas escalas que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a vida. É importante destacar que, no estudo, o aumento da idade esteve associado a melhora na percepção da dor, na funcionalidade social, na vitalidade e na avaliação subjetiva da saúde. Característicos do quadro depressivo, culpa, baixa autoestima, fadiga e vitimização tendem a provocar a exacerbação dos sintomas da síndrome de fibromialgia, prejudicando as estratégias de enfrentamento da doença (Berber et al., 2005).

Em pesquisa de Martinez et al. (2008), igualmente foram encontrados as mesmas correlações, ao serem analisadas as oscilações de humor e dor percebida em 21 pacientes com síndrome de fibromialgia. O elo mostrou-se ainda mais robusto na presença de dor física. Por meio de vínculos entre oscilações de humor, dor e qualidade de vida, o estudo sugeriu que a sensação de dor dos pacientes varia ao longo do dia, sendo exacerbada na presença de sintomas depressivos. Além disso, percebeu-se que a piora na qualidade de vida ocorre pela ausência de previsão e controle sobre os episódios de dor, sendo caracterizada por uma constante sensação de medo quanto ao futuro. Conforme o relato dos pacientes, a incerteza acerca da própria capacidade quanto ao cumprimento das atividades e compromissos diários é causadora de sintomas depressivos, ansiedade e piora da qualidade de vida (Martinez et al., 2008).

Dados da literatura internacional também corroboram significativas relações entre dor crônicas e sintomas depressivos. Uma pesquisa realizada com 401 veteranos de guerra nos Estados Unidos buscou avaliar a melhora dos sintomas de dor crônica por meio de um programa de saúde experimental. Todos os participantes foram diagnosticados com dor musculoesquelética crônica, de duração média de 10 anos, com intensidade moderada ou alta e incapacidade funcional presente nas 12 semanas anteriores à coleta de dados. Cerca de um quinto dos pacientes apresentava sintomatologia depressiva. Nestes, foram percebidas relações significativas entre gravidade do quadro depressivo, uso de medicamentos opióides, presença de outras comorbidades clínicas e nível de incapacidade funcional originado da dor crônica. Percebeu-se que, por intervenções multidisciplinares para o tratamento das dores crônicas, foram documentadas diminuição na incapacidade e intensidade provenientes da sensação de dor, bem como a conseqüente queda dos escores para sintomas depressivos (Dobscha et al., 2009).

As associações existentes entre sintomas depressivos e comorbidades clínicas também foram investigadas por um levantamento bibliográfico de pesquisas nacionais e internacionais realizado por Teng et al. (2005). Em concordância com os dados anteriores, esse estudo destacou a alta prevalência de sintomas depressivos na presença de síndromes dolorosas crônicas. Também foram incluídas as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais e oncológicas como as que apresentaram associações mais significativas com sintomas depressivos. Em pacientes com dor crônica, a prevalência de sintomas depressivos foi considerada alta, representando de 30% a 54% dos casos. A dor grave também associou-se à maior frequência de pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídio propriamente dito (Teng et al., 2005).

Em pacientes portadores de insuficiência coronariana ou sobreviventes de infarto agudo do miocárdio, a prevalência de sintomas depressivos indicativa de depressão maior variou de 17% a 27%, podendo ser elevada quando combinada a fatores como gravidade do prejuízo funcional, alto risco médico geral, história pregressa de depressão e baixo suporte social. Entre os pacientes com angina instável, uma pesquisa indicou a prevalência de 41,4%, entre os 430 pacientes da amostra com um risco de infarto do miocárdio fatal ou não 6,3 vezes superior (Lésperance et al., 2000; Teng et al., 2005). Outros dados indicam que, independentemente da gravidade cardiológica e da disfuncionalidade clínica, a mortalidade dos cardiopatas deprimidos é até três vezes maior, se comparada à dos demais pacientes cardíacos (Rudisch e Nemeroff, 2003). Constatou-se que a presença de sintomas depressivos funcionaria como um fator de risco para um prognóstico negativo às cardiopatias, associando-se a outros, como diabetes, estresse emocional, tabagismo, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e obesidade. Além disso, os dados também confirmam a associação entre sintomas depressivos e pior aderência aos programas de reabilitação cardiovascular e recomendações medicamentosas (Barth et al., 2004; Teng et al., 2005).

Quanto ao diabetes, um estudo utilizando grupos controle constatou que a prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos foi de 11% a 31%. Tanto para o tipo 1 como para o tipo 2, percebeu-se que a presença de diabetes aumentou em duas vezes o risco de apresentar sintomas depressivos em relação aos grupos controle (Anderson et al., 2001). Outros dados indicam que diabéticos com sintomatologia depressiva apresentaram maior obesidade, menor nível educacional e socioeconômico, além de pior suporte social, estando mais vulneráveis a estressores financeiros e psicossociais (Everson et al., 2002). Foi também constatado que os indicadores depressivos tendem a amplificar a percepção dos sintomas do diabetes, mesmo com a gravidade do diabetes controlada (Ciechanowski et al., 2002; Teng et al., 2005).

Além disso, pacientes com sintomas depressivos e diabetes são predispostos a pior aderência ao tratamento e conseqüentemente, ao pior controle glicêmico e à maior prevalência de suas complicações múltiplas, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, disfunção sexual e complicações vasculares (Teng et al., 2005). Em outro estudo, que perdurou dois anos, foram comparados pacientes da rede ambulatorial diabéticos com sintomatologia indicativa de depressão e sem sintomatologia indicativa de depressão. Após o período da pesquisa, constatou-se que a presença simultânea de ambos os males aumentou o risco de mortalidade de 36% a 38% (Katon et al., 2008).

Sobre associações com doenças renais, a prevalência para sintomatologia indicativa de depressão encontra-se em torno de 20% (Teng, 2005). A mortalidade pode ser aumentada pela presença de sintomas depressivos em pacientes submetidos a programas de diálise. Em termos das doenças renais crônicas, dados de um estudo longitudinal com 295 pacientes – expostos rotineiramente à hemodiálise – demonstraram que a elevada apresentação de sintomas depressivos mostrou-se um importante preditor de mortalidade, pois em sua presença houve um aumento do risco de óbito de 18% a 32% (Kimmel et al., 2000).

Os transtornos neurológicos crônicos também tendem a apresentar associação com sintomas depressivos tanto pelas alterações neurofisiológicas diretamente implicadas na gênese biológica da depressão quanto pelas consequências adversas infligidas pela difícil adaptação psicossocial provenientes dessas enfermidades (Teng et al., 2005). Doenças como a epilepsia requerem do paciente grande dispêndio de recursos emocionais para lidar ao mesmo tempo com o prejuízo funcional ocasionado pelas crises e com o enfrentamento de preconceitos e estigmas sociais suscitados. A prevalência de sintomas depressivos sugestivos de depressão é elevada em pacientes epiléticos, representando de 20% a 55% dos casos com crises recorrentes e de 3% a 9% dos pacientes controlados (Kanner, 2003; Teng et al., 2005). Segundo alguns estudos, a alta prevalência deve-se também ao fato de os sintomas depressivos surgirem como consequência de determinadas áreas atingidas pela epilepsia, relacionando-se os substrato biológico à etiologia dos sintomas (Lothe et al., 2008).

No caso da doença de Parkinson, a depressão manifesta-se em até 50% dos pacientes acometidos. Essa alta taxa pode ser explicada pela reação psicológica ao prejuízo funcional e incapacitação gerados, bem como pela própria neurodegeneração de áreas cerebrais comuns às duas doenças. Quanto ao acidente vascular encefálico (AVE) a prevalência de sintomas depressivos indicativos de depressão ocorre de 19% a 23% dos casos. Foram percebidos dados que corroboram a estreita relação entre esses sintomas e baixa aderência ao tratamento. Na fase aguda pós-acidente vascular, indicadores de depressão associam-se a uma pior recuperação e a maior mortalidade. Outras doenças neurológicas, como a demência de Alzheimer e a esclerose múltipla, também seguem o padrão citado acima, com alta prevalência de sintomas depressivos, em torno de 50% dos casos, e com consequências negativas na evolução dos quadros clínicos (Teng et al., 2005).

Quanto aos pacientes oncológicos, observou-se que, apesar de não terem sido encontradas evidências científicas que comprovem uma relação direta e causal, a presença de sintomas depressivos exerce considerável influência na queda da sobrevida. Isso ocorre, pois pacientes deprimidos com câncer, assim como em outras doenças citadas, tendem a aderir menos aos tratamentos propostos, favorecendo a piora do prognóstico. Nesses casos, ocorre um ciclo vicioso e progressivo de piora da qualidade de vida que pode acentuar processos internos de desesperança e, em casos extremos, levar a tentativas de suicídio. Outros fatores, como queda imunológica, podem ser comprometidos pela sintomatologia depressiva e a elevação dos hormônios do estresse, o que tende a diminuir a sobrevida. É bastante comum entre os pacientes portadores de câncer a presença de algum sintoma de estresse emocional, principalmente durante o diagnóstico da doença. Eles também podem ser acometidos por uma série de receios, como incapacitação, perda de *status* social, alteração na imagem corporal e dependência ou menor capacidade de controle. A prevalência de sintomas depressivos indicativos de depressão entre os pacientes com câncer foi encontrada de 10% a 25% dos casos. (Teng et al., 2005).

Apesar de os estudos acima citados indicarem predisposição a uma série de consequências desfavoráveis à satisfatória evolução dos pacientes portadores de doenças crônicas – como a baixa adesão ao tratamento, a piora de sintomas físicos, a elevação das taxas de mortalidade, o aumento dos dias de incapacitação e internação – os indicadores depressivos ainda são negligenciados na maior parte dos serviços de saúde. Quando tratados nessas redes de atendimento, isso ocorre de forma inadequada, sem abordagem multidisciplinar e por meio de dosagem inadequada de medicação – o que pode levar ao comprometimento da satisfatória evolução clínica dos pacientes e consequente piora da qualidade de vida (Katon, 2003; Teng et al., 2005).

### 1.3. Avaliação subjetiva de saúde

Os indicadores de avaliação subjetiva de saúde estão intrinsicamente relacionadas ao conceito de qualidade de vida, sendo necessária uma retomada teórica abarcando tais termos. Qualidade de vida foi definida como a percepção do indivíduo sobre sua própria existência no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e quanto aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (*The WHOQOL Group, 1995*), recebendo influência da concepção sobre saúde da OMS de 1946.

A partir dessa mudança de paradigma representada pela definição de 1946, fez-se necessário avaliar, além da frequência e da gravidade das doenças, as medidas de impacto em relação ao comprometimento das atividades diárias, à percepção da saúde e à disfunção/*status* funcional nos indivíduos. Assim, surgiu o constructo teórico de qualidade de vida que inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. A definição criada pelo *The WHOQOL Group em 1995* reflete a natureza subjetiva da avaliação de qualidade de vida, imersa em um determinado contexto cultural, social e de meio ambiente (Fleck, 2000).

Assim, o conceito é legitimado não somente pela avaliação de natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional e/ou psicológico realizada por um terceiro, mas sim pela percepção do próprio indivíduo (Fleck, 2000; Berlim et al., 2003). Além disso, segundo a concepção de Gill e Feinstein (1994), qualidade de vida abarca uma amplitude de diferentes aspectos da vida. São considerados tanto aspectos relacionados à saúde física e psicológica, quanto funcionalidade e sensação de bem-estar, bem como outros, referentes à vida profissional, familiar, social, ambiental e espiritual do indivíduo.

Em meio a essa definição, a avaliação subjetiva da saúde é considerada um importante aspecto deste constructo teórico. Batistoni (2007), citando Ware (1987), definiu saúde autopercebida como o reflexo de uma concepção integrada de saúde, sendo incluídas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Esse conjunto costuma ser inacessível ao observador externo. Assim, no decorrer dos anos de pesquisa, constatou-se a grande relevância da avaliação subjetiva como uma significativa variável indicadora de saúde.

Idler e Kasl (1991), por meio de revisão bibliográfica, esboçaram historicamente o percurso de consolidação desse conceito teórico. Inicialmente, em meados de 1960, a medida de avaliação global de saúde era alcançada apenas pelo julgamento externo do médico. Porém, notavam-se incongruências eventuais entre os pareceres executados pelos médicos e a percepção dos pacientes acerca da própria saúde.

Nas décadas seguintes, outros estudos citados por Idler e Kasl (1991) – como os de Maddox (1973) e de La Rue (1979) – buscaram investigar, de forma mais aprofundada, o conteúdo das avaliações de saúde discordantes entre médicos e pacientes. Nessas ocorrências, percebeu-se que era frequente haver uma percepção exacerbadamente otimista do paciente acerca de sua própria saúde. Observou-se que idosos com quadros de doenças crônicas com frequência faziam avaliações extremamente positivas, concluindo-se que a presença da enfermidade não era a única variável a influenciar essas autoavaliações. Para idosos da amostra, a doença física era considerada uma condição esperada do envelhecimento. Porém, quando existiam restrições à qualidade de vida devido a sintomas incapacitantes de quadros crônicos, foi constatada a diminuição nos escores das avaliações subjetivas de saúde realizadas pelos idosos.

Nos anos iniciais de estudos sobre o assunto, a tendência dos pesquisadores era subavaliar

as condições de saúde e de qualidade de vida de seus pacientes ao constatar um problema de saúde crônico. No decorrer dos anos de investigação, constatou-se que o relato subjetivo acerca da própria saúde poderia complementar os dados obtidos pelo parecer médico. A partir da década de 1970 e principalmente na década de 1980, os estudos passaram a enfatizar a importância do julgamento do sujeito em relação a sua saúde e o levantamento de variáveis psicossociais vinculadas à questão (Idler e Kasl, 1991).

### **1.3.1. Variáveis envolvidas no conceito avaliação subjetiva de saúde**

Atualmente é reconhecido que o conceito relaciona-se a uma complexa rede de fatores envolvidos na saúde. Para idosos, destacam-se aspectos como medidas de bem-estar, qualidade de vida, funcionalidade e velhice bem-sucedida. Segundo Batistoni (2007), pela avaliação subjetiva da saúde, é possível compreender o impacto singular de uma determinada doença para cada paciente sendo numerosos os estudos que utilizam esta variável como medida de *status* de saúde e também como preditor de mortalidade entre idosos (Batistoni, 2007).

No levantamento teórico realizado por Idler e Kasl (1991), foi citado estudo longitudinal de Mossey e Shapiro (1982) no qual foram demonstradas correlações significativas entre avaliação subjetiva de saúde e mortalidade. Com duração de seis anos e uma amostra de 3.128 idosos canadenses, constatou-se que indivíduos que percebiam a própria saúde como “pobre” estavam muito mais suscetíveis a morrer do que os que a avaliaram como “excelente”. Além de um importante indicador de saúde, o conceito também passou a ser investigado com um robusto preditor de mortalidade.

Outro levantamento longitudinal, também citado por Idler e Kasl (1991) – referente ao de Kaplan e Camacho (1983) –, acompanhou 6.928 adultos durante nove anos. Percebeu-se

que avaliações subjetivas de saúde negativas também representavam maiores riscos de mortalidade. Idler e Kasl (1991) ainda ressaltaram que o mesmo estudo foi replicado com a mesma amostra após 17 anos, persistindo as correlações. Esses dois estudos longitudinais foram importantes pois o acompanhamento dos sujeitos ao longo dos anos possibilitou a demonstração da variabilidade de fatores psicossociais envolvidos na avaliação subjetiva de saúde (Idler e Kasl, 1991).

No entanto, houve necessidade de pesquisas posteriores para o aprofundamento dessa complexa inter-relação. Em estudo longitudinal realizado por Ruthig e Chipperfield (2007), foram analisados os vínculos entre avaliação subjetiva de saúde e bem-estar subjetivo em idosos. Compararam-se dados de saúde objetiva com a percepção subjetiva, medida por meio de indicadores como bem-estar psicológico (satisfação com a vida, emoções positivas e negativas), bem-estar funcional (atividades físicas e restrições funcionais) e cuidados de saúde física (número de internações hospitalares e emergenciais). Percebeu-se que os indivíduos que apresentavam uma avaliação subjetiva positiva da própria condição, independentemente da saúde objetiva, tiveram melhores rendimentos nas medidas utilizadas para bem-estar psicológico. Além disso, a percepção negativa foi considerada um importante preditor de declínio funcional nos idosos (Ruthig e Chipperfield, 2007).

Em outro importante estudo (Doorn, 1999), buscou-se compreender as variáveis que influenciam o autoconceito de saúde otimista, realista e pessimista. Foi confirmado que a avaliação subjetiva de saúde não recebe influência somente do estado objetivo de saúde, mas também de variáveis como histórico familiar, comparações sociais realizadas, percepção da própria idade e expectativa de vida. Sendo assim, do total de participantes com severos quadros clínicos, 58% consideravam sua saúde como excelente, muito boa ou boa. Os idosos que se

manifestaram de maneira pessimista em relação à própria condição apresentaram risco elevado de mortalidade. Em contrapartida, idosos com autoavaliações positivas de saúde apresentaram menores risco de mortalidade.

No trabalho de Benyamini et al. (2000), a avaliação subjetiva de saúde também é apresentada como importante fator preditor de mortalidade. Indivíduos que declararam perceber a própria saúde como regular ou ruim tiveram, em um intervalo de dois a 13 anos, aproximadamente, de duas a cinco vezes mais risco de morrer do que aqueles que apresentam uma avaliação subjetiva da própria saúde como boa ou muito boa.

Segundo Idler e Kasl (1991), as pesquisas que sucederam os trabalhos de Mossey e Shapiro (1982) e Kaplan e Camacho (1983), aprofundaram a análise das correlações existentes entre avaliação subjetiva de saúde negativa, medidas de estado físico e variáveis psicossociais. Constatou-se, assim, uma tendência de a percepção pessimista da própria saúde relacionar-se com o baixo nível funcional. As avaliações subjetivas de saúde seriam influenciadas não diretamente por uma enfermidade crônica, mas sim pelo grau de incapacidade provocada.

As contribuições de Wilcox et al. (1996) aprofundaram o conhecimento acerca da temática. Por meio do acompanhamento durante seis meses de 254 idosos hospitalizados devido a infartos do miocárdio, quedas e fratura óssea, constatou-se que a percepção da própria saúde não obrigatoriamente declina na presença de uma doença, mas ao ocasionar declínio funcional foram observadas avaliações rebaixadas. Dessa forma, perceberam-se fortes correlações entre avaliações negativas de saúde e declínio funcional. A avaliação subjetiva de saúde foi considerada um importante preditor de limitações físicas proveniente de enfermidades e, conseqüentemente, o declínio funcional um forte precursor de mortalidade na população idosa (Wilcox et al., 1996).

Ramos et al. (1998) também apresentaram contribuições importantes sobre a correlação entre o nível funcional dos idosos e a mortalidade. O Projeto Epidoso, um estudo longitudinal na cidade de São Paulo-SP, avaliou fatores associados ao envelhecimento saudável e de risco para mortalidade. Por dois anos de pesquisa, acompanharam-se 1.667 idosos. Os fatores relacionados ao risco de morte foram: sexo masculino, idade avançada, autoavaliação subjetiva de saúde negativa, história pregressa de sedentarismo, edentulismo, quedas, acidente vascular cerebral, incontinência urinária, hospitalização ou visita ao médico nos últimos seis meses, pontuação para depressão, déficit cognitivo e dependência no dia-a-dia. Entre as conclusões, constava que a saúde no idoso não deveria ser medida somente pela presença ou ausência de doenças, sendo destacada a importância da mensuração do grau da capacidade funcional como fator central do envelhecimento saudável.

Esse processo seria a resultante da interação multidimensional entre diferentes variáveis como a saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Ramos et al. 1998; Ramos, 2003). O bem-estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem significar ausência total de problemas em todas as demais dimensões. Pelo fato de as variáveis subjetivas serem tão significantes quanto as objetivas, a presença de alterações – como por exemplo, cognitivas e/ou sintomas depressivos – pode ocasionar relevantes influências na autoavaliação de saúde dos pacientes. Da mesma forma como a presença de sintomas físicos e a baixa capacidade funcional podem predispor ao surgimento de indicadores depressivos, estes também podem intensificar os primeiros.

### 1.3.2. Sintomas depressivos e avaliação subjetiva de saúde

Como foi citado anteriormente, algumas doenças podem ter um maior impacto na vida de seus portadores em decorrência de quadros de extrema incapacidade física e de restrições. Quadros clínicos crônicos, nos quais os portadores sofrem de dores permanentes e incapacitantes, assim como neoplasias, diabetes e doenças cardíacas, podem favorecer o desenvolvimento de sintomas depressivos também devido às suas consequências funcionais. A literatura sobre o assunto indicou que a presença de indicadores depressivos tende a intensificar a percepção dos sintomas somáticos, podendo alterar a avaliação subjetiva de saúde de modo mais marcante do que os sintomas físicos objetivos decorrentes das enfermidades (Alexopoulos, 2002; Batistone, 2007). Batistone (2007), em uma investigação com 310 idosos, observou que a piora na percepção da própria saúde associava-se significativamente à presença de sintomas depressivos.

Pesquisas também apontaram uma tendência de busca com maior frequência, por parte de indivíduos saudáveis com avaliações subjetivas negativas de saúde, de serviços assistências justamente pela crença da incapacidade e menos-valia exacerbados pela presença de sintomas depressivos (Katon, 2003; Hong et al., 2004). Ao levar ao aumento da procura por serviços ambulatoriais e emergências, podem ser promovidos procedimentos clínicos desnecessários, risco de iatrogenia e piora da qualidade de vida (Batistone, 2007). A atenção à presença de sintomas depressivos bem como à mútua influência destes em relação à avaliação subjetiva de saúde tendem a evitar diagnósticos equivocados e tratamentos desnecessários. Sendo assim, a presença de sintomas depressivos exerce influência relevante na avaliação subjetiva de saúde.

Hong et al. (2004), em uma pesquisa longitudinal com idosos acima de 90 anos, apresentou importantes resultados sobre as correlações entre saúde autopercebida e depressão. Para isso, os participantes foram agrupados em quatro grupos conforme as avaliações de saúde objetiva e avaliações

subjetivas de saúde: 1) com boas avaliações para ambas, 2) ruins para ambas, 3) com ruim para a saúde objetiva e boa para a subjetiva e 4) com boa para a objetiva e ruim para a subjetiva.

Os grupos um e quatro apresentavam melhores avaliações da saúde objetiva. Neste último, no entanto, havia maiores índices de sintomas depressivos, baixos níveis de funcionalidade física e frequentes hospitalizações. Em contrapartida, os dados dos participantes do grupo dois e três mostraram que, apesar de uma saúde objetiva ruim, foram encontrados menores índices de sintomas depressivos. Tais resultados indicam a influência de variáveis emocionais na avaliação subjetiva de saúde.

### **1.3.3. Variáveis sociodemográficas e avaliação subjetiva de saúde**

Quanto às influências das variáveis idade, gênero e escolaridade para a avaliação subjetiva de saúde, relações importantes foram estabelecidas no Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe). Coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, o estudo teve como objetivo coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos ou mais) de diversas áreas urbanas de metrópoles e avaliar diferenciais de coorte, de gênero e socioeconômicos em relação ao estado de saúde, bem como ao acesso e à utilização de cuidados de saúde (Lebrão e Laurenti, 2005). O município de São Paulo foi escolhido para representar uma amostra de idosos brasileiros. Foram encontrados dados importantes: dos 2.143 idosos entrevistados, 53,8% apresentaram avaliação subjetiva de saúde regular ou má e 46,2% para excelente, muito boa ou boa.

Perceberam-se variações nesses resultados conforme o gênero e a idade do entrevistado. A porcentagem da autoavaliação muito boa ou boa foi de 43,8% entre os idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Além disso, entre os gêneros, o feminino apresentou pior autopercepção de

saúde. Reunindo essas variáveis – idosas com mais de 75 anos – apenas 42,9% avaliaram o próprio estado físico como muito bom ou bom (Lebrão e Laurenti, 2005).

A escolaridade também influenciou essa percepção. Os 65,7% que não registraram anos de estudo apresentaram avaliações regulares ou ruins com mais frequência (1,2 vez maior) do que a parcela dos indivíduos com sete a 12 anos de escolaridade (29,2%). Além disso, uma das variáveis determinantes da autoavaliação de saúde verificada no Projeto Sabe foi a presença de incapacidade funcional. Com pelo menos uma restrição para atividades de vida diária, foi reduzida à metade a porcentagem dos que julgavam a saúde como muito boa ou boa em relação ao total (23,8%).

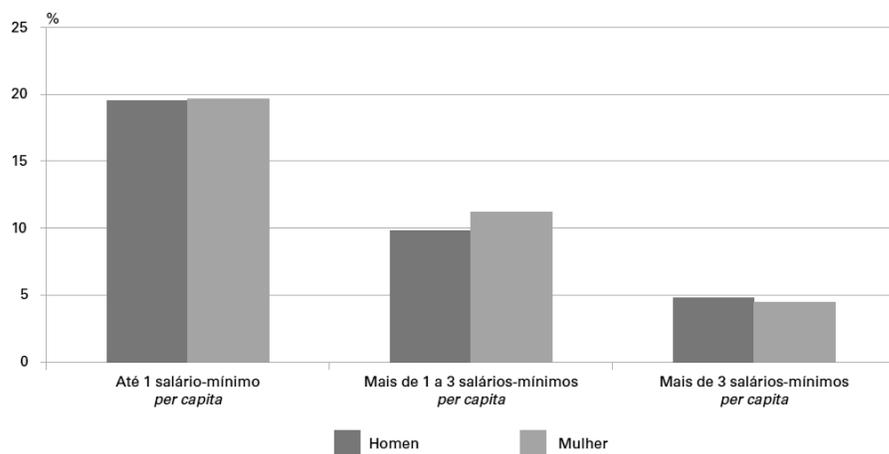


Figura 1 – Proporção de idosos que declaram saúde ruim e muito ruim, por classes de rendimento médio mensal familiar per capita, em salários-mínimos, segundo o sexo – Brasil – 2003. Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Elaboração: IBGE (2009)

Dados do IBGE (2009) coletados na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) também demonstraram que existem diferenciais na autopercepção da saúde dos idosos em relação ao rendimento médio mensal familiar *per capita*. Idosos mais pobres (até um salário-mínimo *per capita*) declararam saúde ruim ou muito ruim em maior proporção do que os de estratos com rendimentos mais elevados. Em um contexto de escassos recursos materiais e pouco acesso a serviços e tratamentos

médicos, a baixa avaliação subjetiva de saúde relaciona-se provavelmente à incapacidade funcional e ao maior impacto provocado pelas doenças na vida dos idosos.

Outros dados do IBGE (2009) corroboraram essa relação. Comparando-se as taxas de prevalência de incapacidade funcional no território brasileiro, os idosos mais pobres (até um salário mínimo *per capita*) apresentaram índices mais acentuados do que os de rendimento mais elevado (mais de cinco salários mínimos *per capita*). A variação foi, respectivamente, de 20,4% a 39,3% e de 5,8% a 32,9% nas mesorregiões brasileiras. Percebeu-se à diminuição da incapacidade nas atividades de vida diária e, conseqüentemente, do declínio funcional provocado por uma doença conforme o aumento de renda, provavelmente pelo maior acesso a programas de saúde tanto em termos preventivos quanto curativos.

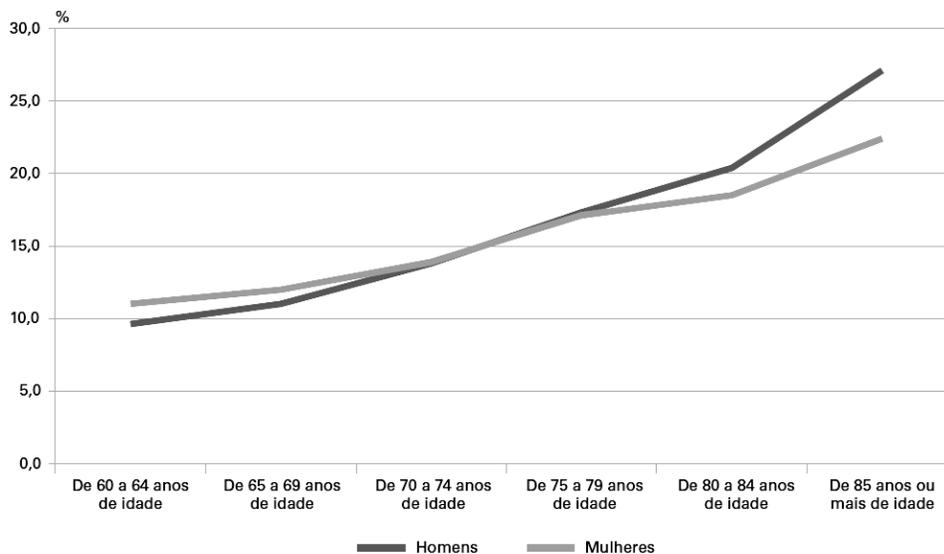


Figura 2 – Proporção de idosos que declararam saúde ruim e muito ruim, por grupos de idade, segundo o sexo - Brasil – 2003. Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Elaboração: IBGE (2009)

No caso da baixa avaliação subjetiva de saúde das mulheres, o Projeto Sabe incluiu dados relevantes. Constatou-se que essa amostra, mesmo apresentando uma sobrevida superior à dos homens, enfrenta um maior número de anos com doenças incapacitantes. Dados do IBGE (2009) coletados na PNAD 2003 revelaram que as mulheres idosas declararam um estado de saúde pior do que os homens, exceto entre os idosos de 80 anos ou mais, onde a tendência se inverte.

Na pesquisa de Batistoni (2007), também foi verificada maior frequência de baixas avaliações subjetivas de saúde para mulheres viúvas, com baixa escolaridade e renda. Foi notada uma diferença significativa entre os gêneros, indicando que as mulheres relataram um maior número de doenças em relação aos homens. As enfermidades mais frequentemente verbalizadas pelas idosas foram as relacionadas aos sistemas cardiovascular, gastrointestinal e osteoarticular.

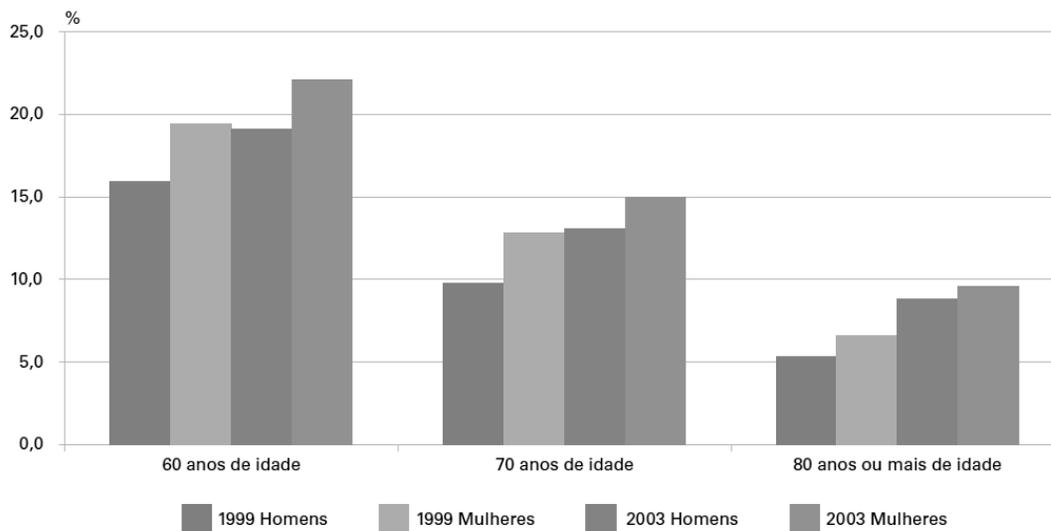


Figura 3 – Expectativa de vida dos idosos de 60, 70 e 80 anos ou mais de idade, segundo o sexo – Brasil – 1999/2003. Fonte: Tábuas completas de mortalidade. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Elaboração: IBGE (2009)

Sobre esse aspecto, merece destaque o movimento de feminização da velhice característico do envelhecimento populacional, ocorrido de forma mais acentuada nas últimas três décadas. Segundo dados coletados pelo IBGE (2009), conforme a PNAD de 2003, a proporção de mulheres idosas em relação aos homens idosos era de 55,9% para 44,1%. Em 2006, a expectativa de vida das pessoas de 60 anos era de 19,3 anos adicionais para os homens e de 22,4 anos para as mulheres. Entre os idosos de 80 anos ou mais, a expectativa de vida das mulheres excede, também, a dos homens: 9,8 anos ante 8,9 anos.

Tanto em termos nacionais quanto mundiais, ocorre essa tendência de maior sobrevida das mulheres em relação aos homens. No entanto, esses índices superiores não significam melhores condições de saúde, já que as idosas tendem a suportar maior carga de doenças crônicas e incapacitantes, do que os homens. Pelo fato de as mulheres apresentarem maiores níveis de incapacidade, elas tendem a pontuar de modo pior em avaliações subjetivas de saúde ao longo da vida. Em termos de funcionalidade, saúde física e saúde percebida, a variável gênero é considerada um fator de risco mais relevante do que a idade (Parahyba, 2006; Neri, 2007).

As mulheres idosas apresentam uma maior tendência à fragilidade e também a se perceberem mais frágeis. Ao serem somadas variáveis sociodemográficas adversas – como baixa escolaridade, renda inferior e alto nível de estresse com os efeitos da fragilidade –, há uma forte inclinação das mulheres à apresentação de declínio na qualidade de vida e na sensação de bem-estar subjetivo (Neri, 2001; Neri, 2007). Esses fatores poderiam também auxiliar na compreensão do aumento das taxas de doenças referidas e de sintomas depressivos explicitados nas pesquisas citadas.

## **2 - OBJETIVOS**

## **2.1. Objetivo Geral**

O objetivo do presente trabalho é investigar a relação existente entre a presença de sintomas depressivos, o número de doenças autorrelatadas, problemas de saúde nos últimos 12 meses, gênero, idade, renda mensal, escolaridade e avaliação subjetiva de saúde.

## **2.2. Objetivos Específicos**

1. Descrever a casuística de 303 idosos coletados em Ermelino Matarazzo pela rede FIBRA com relação às variáveis sociodemográficas, de saúde física, de avaliação subjetiva de saúde e de escore GDS.
2. Investigar as relações entre as variáveis de interesse com o escore de depressão da GDS.

## **3 - MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo foi realizado a partir dos dados contidos no banco de dados eletrônico do Fibra-Ermelino Matarazzo. Fibra é o acrônimo de Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros, dedicada ao estudo desse fenômeno e de suas relações com diferentes variáveis. Incluíram-se indicadores sociodemográficos; de status mental, autoavaliação da memória e rastreio cognitivo; de pressão arterial; de medidas antropométricas; de medidas de fragilidade; de saúde física e psicossociais; de acesso a serviços médicos e odontológicos; de saúde bucal e de condições funcionais da alimentação; de capacidade funcional para atividades de vida diária (AVDs), atividades instrumentais (AIVDs) e atividades básicas de vida diária (ABVDs) e expectativa de cuidados; de suporte social; de depressão; e, por fim, de satisfação global com a vida, referenciada a domínios e de percepção e de autoimagem.

### **3.1. Amostragem, recrutamento e participantes**

A pesquisa utilizou o banco de dados do projeto intitulado “Estudo da fragilidade em idosos brasileiros – Rede Fibra”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, que emitiu parecer favorável de número 208/2007. Da mesma forma, o presente trabalho também recebeu parecer positivo para sua elaboração.

A Rede Fibra é um estudo populacional de corte transversal e multicêntrico que possui o objetivo de estudar as condições de fragilidade dos idosos brasileiros sendo realizado em 19 cidades localizadas nas diferentes regiões geográficas brasileiras. Entre elas estão as sete que pertencem ao polo Unicamp: Belém-PA, Parnaíba-PI, Campina Grande-PB, Poços de Caldas-MG, Campinas-SP, Ermelino Matarazzo-São Paulo-SP e Ivoati-RS.

A obtenção da amostra total do Fibra ocorreu segundo o método de amostragem por conglomerados dos setores censitários correspondentes à zona urbana das cidades participantes da pesquisa. Em cada uma, o número de idosos recrutados foi proporcional à sua presença na população, conforme dados do Censo Demográfico (IBGE, 2000).

A amostra total da Rede Fibra foi composta por cerca de 8.000 idosos. A amostra deste estudo refere-se à Ermelino Matarazzo/SP, composta por 303 idosos.

Os recrutadores utilizaram critérios de inclusão e de exclusão previamente estipulados. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Os recrutadores foram orientados a considerar como inelegíveis para a pesquisa: a) os idosos que apresentassem déficit cognitivo grave sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal e comunicação; b) os que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; c) os portadores de sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) os portadores de doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade; e) os portadores de déficits de audição ou de visão graves que dificultem fortemente a comunicação f) os que estivessem em estágio terminal.

### **3.2. Procedimentos**

Os idosos participaram de uma única sessão de coleta de dados, com 40 a 120 minutos de duração, realizada em local de fácil acesso. As sessões foram realizadas por uma equipe treinada composta por cinco ou seis pessoas, que administravam os instrumentos num sistema denominado

de carrossel. Os idosos percorriam os diferentes entrevistadores numa sequência determinada pela disponibilidade deles, a qual dependia do ritmo das entrevistas e medidas de cada grupo de idosos.

A sessão de coleta de dados de cada idoso começava com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no formato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp. Seguiam-se questionários de identificação e de dados sociodemográficos, o Miniexame do Estado Mental (Meem), as medidas de pressão arterial, as medidas antropométricas, a coleta de sangue, o exame bucal e as medidas de fragilidade.

Como o desempenho superior à nota de corte para o nível de escolaridade no Meem<sup>1</sup> era critério para participação nas demais variáveis do protocolo, os idosos que não alcançavam essa marca não participavam do restante do protocolo.

### **3.3. Instrumentos e Materiais**

O protocolo de coleta de dados apresentado aos participantes do Fibra/Ermelino Matarazzo foi organizado em 14 blocos, nos quais foram abordados diferentes variáveis referentes aos sujeitos de pesquisa. As divisões foram:

1. Identificação dos participantes e controle
2. Variáveis sociodemográficas
3. Status mental/Autoavaliação da memória/Rastreo cognitivo

---

<sup>1</sup> As notas de corte utilizadas para exclusão pelo Meem foram: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre um e quatro anos; 24 para os com escolaridade entre cinco e oito anos e 26 para os que tinham nove ou mais anos de escolaridade. Estes pontos de corte foram baseados nos critérios de Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto (2003). Correspondem à nota de corte média obtida por esses autores para cada faixa de escolaridade, menos um desvio padrão.

4. Pressão arterial
5. Medidas antropométricas
6. Medidas de fragilidade
7. Variáveis de saúde e psicossociais
8. Acesso a serviços médicos e odontológicos
9. Saúde bucal e condições funcionais de alimentação
10. Capacidade funcional para as atividades de vida diária e expectativa de cuidado
11. Suporte social percebido
12. Depressão
13. Satisfação global com a vida/Referenciada a domínios
14. Percepção/Autoimagem

No presente estudo, utilizaram-se dados referentes a variáveis sociodemográficas, de saúde/ psicossociais e depressão, expostas resumidamente abaixo.

Variáveis sociodemográficas: foram 26 variáveis sociodemográficas obtidas por questões fechadas que forneceram dados como renda, escolaridade, número de filhos e residência própria. O presente estudo considerou dados referentes a quatro variáveis específicas: idade, gênero, renda e escolaridade.

Variáveis de saúde e psicossociais: as variáveis de saúde e psicossociais foram obtidas por um questionário envolvendo itens referentes à temática que forneceram variáveis como problemas relacionados ao sono, uso de medicamentos, tabagismo. Nesta pesquisa, consideraram-se os itens referentes a três variáveis específicas: doenças autorrelatadas, problemas de saúde relatados nos últimos 12 meses e avaliação subjetiva da saúde.

- Doenças autorrelatadas: Foram avaliadas por meio de uma pergunta sobre presença de doenças crônicas diagnosticadas por um médico. O item apresentou nove opções de resposta “sim” ou “não” para doenças do coração, hipertensão, AVC/derrame/isquemia, diabetes mellitus, tumor maligno/câncer, artrite/reumatismo, doenças do pulmão e osteoporose. As respostas positivas foram contadas e agrupadas em três classes: zero, uma ou duas e três ou mais doenças.
- Problemas de Saúde: foram avaliados por meio de questionamento sobre a presença de problemas de saúde vivenciados pelo idoso nos últimos 12 meses. O item conteve 17 opções de respostas “sim” ou “não”. As respostas positivas foram contadas e agrupadas em três classes: zero, uma ou duas e três ou mais problemas.
- A avaliação subjetiva de saúde foi obtida por um questionário referente à percepção do idoso sobre sua própria saúde no momento atual. As alternativas de resposta foram escalares, em ordem decrescente, com pontuação cinco para “excelente” e um para “muito ruim”.

Variável depressão: as variáveis para depressão foram obtidas pela aplicação da GDS-15 (Almeida e Almeida, 1999). A escala utilizada contém 15 itens, sendo resumida da forma original relacionada à GDS-30 (Yesavage et al., 1983). Consiste em um questionário de indicação de ausência e presença de sintomas referentes à mudança de humor na última semana. As alternativas de respostas foram “sim” e “não”. Escores superiores a cinco pontos nessa escala foram consideráveis sugestivos de transtorno depressivo.

## **4 - RESULTADOS**

#### 4.1. Análises estatísticas

Inicialmente buscou-se descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo. Foram elaboradas tabelas de frequência para as variáveis categóricas com valores de frequência absoluta e percentual. Além disso, análises descritivas para as variáveis numéricas geraram dados sobre valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

As variáveis categóricas analisadas foram: faixa etária, gênero, nível de escolaridade, faixa de anos de escolaridade, faixa de renda familiar, faixa de número de doenças, doenças autorrelatadas, saúde percebida e presença ou ausência de depressão. As variáveis numéricas estudadas foram estabelecidas como: idade, anos de escolaridade, renda familiar, número de doenças/comorbidades, número de problemas de saúde e escore para a GDS.

Para comparação das principais variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5).

O teste de Mann-Whitney foi usado para a comparação das variáveis numéricas entre dois grupos, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação de variáveis numéricas entre três ou mais grupos. Avaliou-se a relação entre as variáveis numéricas por meio do coeficiente de correlação de Spearman.

Com a finalidade de investigar a relação entre as variáveis de interesse – idade, gênero, escolaridade, renda, número de comorbidades, doenças autorrelatadas, problemas de saúde e avaliação subjetiva de saúde com o escore de sintomas depressivos da GDS, foi utilizada a análise de regressão linear univariada e multivariada, com critério Stepwise de seleção de variáveis.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p$  menor do que 0,05. O tratamento estatístico foi apoiado pelo *Statistical Analysis System (SAS) for Windows*, versão 8.02.

#### 4.1.1. Descrição da amostra

Em relação às variáveis sociodemográficas, a amostra (N=384) foi composta em sua maioria por pessoas na faixa etária de 65 a 69 anos (38,02%;  $\underline{M}$ =72,32;  $\underline{DP}$ =5,77), com predominância do gênero feminino (67,19%). A maioria possuía o nível de escolaridade primário completo (60,21%;  $\underline{M}$ =3,42,  $\underline{DP}$ =2,82) e renda familiar de um a três salários mínimos (53,75%,  $\underline{M}$ =3,38,  $\underline{DP}$ =3,10), como indicado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Frequência e percentual das variáveis sociodemográficas (N=384)

<i>Variável</i>		<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
<i>Faixa etária</i>	65-69	146	38,02%	72,32	5,77
	70-74	121	31,51%		
	75-79	65	16,93%		
	>=80	52	13,54%		
<i>Gênero</i>	Masculino	126	32,81%	—	—
	Feminino	258	67,19%		
<i>Anos de escolaridade*</i>	0	69	18,02%	3,42	2,82
	1-4	236	61,62%		
	5-8	64	16,71%		
	>=9	14	3,66%		
<i>Renda Familiar**</i>	<=1,0 SM	28	8,75%	3,42	2,82
	1,1-3,0	172	53,75%		
	3,1-5,0	76	23,75%		
	5,1-10,0	34	10,63%		
	>10,0 SM	10	3,13%		

\* *Dados ausentes* = 1, \*\* *Dados ausentes* = 64

Após a aplicação do questionário socioeconômico, foi aplicado o Meem para avaliar a aptidão dos entrevistados a seguir como parte do estudo. Como mencionado anteriormente, 81 não alcançara a nota de corte do miniteste e não completaram o restante do protocolo. Por isso, nas tabelas seguintes, o total de sujeitos é de 303.

Quanto às variáveis de saúde, a maioria da amostra apresentou de uma a duas doenças (54,64%;  $M=2,19$ ;  $DP=1,54$ ), 33,77% relatou três ou mais doenças, e 11,59% não relatou doenças. A hipertensão foi a doença autorrelatada mais prevalente (64,45%), seguida por doenças relacionadas com o sistema músculo-esquelético – artrite (36,21%), osteoporose (26,25%) – e diabetes (24,25%).

**Tabela 2.** Frequência e percentual de doenças autorrelatadas (N=303)

<i>Doenças autorrelatadas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
<i>Pressão alta*</i>	194	64,45%
<i>Artrite*</i>	109	36,21%
<i>Osteoporose*</i>	79	26,25%
<i>Diabetes*</i>	73	24,25%
<i>Coração**</i>	69	22,85%
<i>Depressão**</i>	51	16,89%
<i>Doença pulmonar*</i>	36	11,96%
<i>Derrame**</i>	28	9,27%
<i>Tumores**</i>	21	6,95%

\* *Dados ausentes = 2* \*\* *Dados ausentes = 1*

Quanto aos problemas de saúde, 52,32% da amostra apresentou três ou mais problemas ( $M=2,82$ ,  $DP=1,81$ ), 40,73% com um a dois problemas de saúde e 6,95% da amostra não apresentou problema de saúde. A Tabela 3 detalha os problemas de saúde mais frequentemente relatados.

**Tabela 3.** Frequência e percentual de problemas de saúde (N=303)

<i>Problemas de saúde</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Dados ausentes</i>
<i>Medo de cair</i>	181	60,13%	2
<i>Memória</i>	155	51,32%	1
<i>Tristeza</i>	117	38,74%	1
<i>Urina</i>	94	31,13%	1
<i>Quedas</i>	83	28,23%	9
<i>Ganho peso</i>	82	27,70%	7
<i>Perda de apetite</i>	79	26,33%	3
<i>Acamado</i>	41	13,71%	4
<i>Fezes</i>	15	4,98%	2

A maioria da população pesquisada apresentou uma boa avaliação subjetiva de saúde (40,53%), seguida do grupo com avaliação subjetiva de saúde regular (38,54%) e muito ruim (8,31%), excelente (6,98%) e muito boa (5,65%). Em relação ao escore da GDS, a maior parte da amostra não apresentou o escore compatível com depressão (79,21%). O percentual de sujeitos com escore sugestivo de depressão foi igual a 20,79%.

#### 4.1.2. Análise comparativa entre o escore de depressão (GDS) e variáveis sociodemográficas

As análises realizadas com os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis compararam os escores da GDS entre os gêneros, as faixas de idade, de escolaridade e de renda. Pelos resultados, verificou-se diferença significativa no escore da GDS entre: gêneros (maiores escores no sexo feminino), escolaridade (maiores escores para as pessoas com menor escolaridade), renda familiar (maiores escores quanto menor a renda), número de doenças (maiores escores com mais doenças), número de problemas de saúde (maiores escores com mais problemas), e saúde percebida (maiores escores com pior saúde percebida). Os dados encontram-se detalhados na Tabela 4.

**Tabela 4.** Análise comparativa entre variáveis sociodemográficas e escore GDS (N=303)

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>N</i>	<i>MÉDIA</i>	<i>D.P.</i>	<i>MÍN</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MÁX</i>	<i>VALOR-p</i>
<i>Gênero</i>	Masculino	106	2,84	2,35	0	2,00	13,00 p=0,002
	Feminino	197	3,74	2,68	0	3,00	13,00
<i>Idade</i>	65-69	123	3,26	2,54	0	3,00	13,00 p=0,781
	70-74	98	3,54	2,74	0	3,00	10,00
	75-79	49	3,33	2,27	0	3,00	8,00
	>=80	33	3,82	2,90	0	3,00	13,00
<i>Anos de escolaridade</i>	0	55	4,47	2,71	0	4,00	10,00 p<0,001
	1-4	194	3,28	2,47	0	3,00	13,00
	>=5	53	2,79	2,71	0	2,00	13,00
<i>Renda familiar</i>	<=1,0 SM	21	3,57	2,98	0	3,00	10,00 p=0,019
	1,1-3,0	138	3,64	2,58	0	3,00	13,00
	3,1-5,0	64	3,53	2,79	0	3,00	13,00
	>5,0 SM	34	2,21	1,92	0	2,00	8,00

\* Valor-p referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre dois grupos e ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre três ou mais grupos.

#### 4.1.3. Análise comparativa entre o escore da GDS e variáveis de saúde e psicossociais

Segundo o teste de Kruskal-Wallis, foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes faixas de número de doenças autorrelatadas e de número de problemas de saúde com o escore GDS. Nas faixas com um maior número de doenças autorrelatadas foram percebidos escores mais elevados para sintomas depressivos compatíveis com depressão, como indica a Tabela 5.

**Tabela 5.** Análise comparativa entre escore da GDS e faixas de número de doenças (N=303)

<i>Número de doenças</i>	<i>N</i>	<i>MÉDIA</i>	<i>D.P.</i>	<i>MÍN</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MÁX</i>	<i>VALOR-p*</i>
0	35	3,54	3,05	0	3	13	p=0,005
1-2	162	2,90	2,17	0	2,5	10	diferença
>=3	102	4,04	2,82	0	3,5	13	significativa entre 2ª e 3ª faixas

\* Valor-p referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre três ou mais grupos.

A Tabela 6 demonstra que o escore GDS também foi mais elevado em idosos com maior número de problemas de saúde.

**Tabela 6.** Análise comparativa entre escore da GDS e faixas de número de problemas de saúde (N=303)

<i>Número de problemas de saúde</i>	<i>N</i>	<i>MÉDIA</i>	<i>D.P.</i>	<i>MÍN</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MÁX</i>	<i>VALOR-p*</i>
0	21	1,29	1,27	0	1	5	P<0.001
1-2	122	2,25	1,71	0	2	8	diferença significativa
>=3	156	4,42	2,69	0	4	13	entre todas as faixas

\* Valor-p referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre três ou mais grupos.

#### 4.1.4. Análise comparativa entre o escore da GDS e faixas de avaliação subjetiva de saúde

Por meio do teste de Kruskal-Wallis foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes faixas de saúde percebida e o escore GDS. Na faixa com avaliações de saúde regular/ruim foi encontrada maior prevalência de escore compatível com depressão.

**Tabela 7.** Análise comparativa para os escores da GDS entre faixas de avaliação subjetiva de saúde (N=303)

<i>Avaliação subjetiva de saúde</i>	<i>N</i>	<i>MÉDIA</i>	<i>D.P.</i>	<i>MÍN</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MÁX</i>	<i>VALOR-p*</i>
<i>Ruim/Regular</i>	140	4,34	2,82	0	4	13	p<0,001
<i>Boa</i>	120	2,67	1,94	0	2	10	diferença significativa entre 1ª e 2ª faixas e
<i>Muito boa/Excelente</i>	38	2,05	1,99	0	1,5	8	entre 1ª e 3ª faixas

\* Valor-p referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre três ou mais grupos

#### 4.1.5. Relação entre as variáveis numéricas

Posteriormente, realizaram-se análises de correlação entre as variáveis numéricas e o escore da GDS. A relação entre as variáveis numéricas foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Spearman.

Foram encontradas correlações significativas entre o escore sugestivo de depressão e anos de escolaridade ( $\rho=-0,22972$ ,  $p<0,0001$ ), renda familiar ( $\rho=-0,18936$ ,  $p=0,0023$ ), número de doenças autorrelatadas ( $\rho=0,19774$ ,  $p=0,006$ ) e número de problemas de saúde ( $\rho=0,54330$ ,  $p<0,0001$ ). Observa-se que o escore da GDS esteve mais fortemente associado ao número de problemas de saúde.

#### 4.1.6. Análises de regressão linear univariada e multivariada entre as variáveis de interesse com o escore da GDS

As análises de regressão linear univariada foram utilizadas para investigar a relação de cada variável de interesse com o escore da GDS. Essas análises indicaram relação significativa entre escolaridade, renda, gênero, problemas de saúde e número de doenças autorrelatadas.

**Tabela 8.** Análise de regressão linear univariada para escore de depressão da GDS (N=303)

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>Beta (EP)*</i>	<i>Valor-p</i>	<i>R<sup>2</sup></i>
<i>Sexo</i>	Masculino (ref.)	—	—	—
	Feminino	0,896 (0,310)	0,004	0,0271
<i>Idade</i>	Variável contínua (anos)	0,026 (0,028)	0,343	0,0030
<i>Escolaridade</i>	Variável contínua (anos)	-0,212 (0,056)	<0,001	0,0453
<i>Renda familiar</i>	Variável contínua (SM)	-0,119 (0,055)	0,032	0,0178
<i>Número de doenças autorrelatadas</i>	Variável contínua	0,415 (0,093)	<0,001	0,0625
<i>Número de problemas de saúde</i>	Variável contínua	0,760 (0,069)	<0,001	0,2895
	Muito boa/Excelente (ref.)	—	—	—
	Boa	0,614 (0,447)	0,170	
<i>Saúde percebida</i>	Muito ruim/Regular	2,283 (0,439)	<0,001	0,1310

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Ref: nível de referência.

As análises de regressão multivariada com as variáveis número de problemas de saúde, avaliação subjetiva de saúde e escolaridade no modelo selecionadas pelo critério *stepwise*,

indicaram relação conjunta significativa dessas três variáveis e o escore da GDS. Ocorreu o aumento de 0,64 unidades no escore da GDS a cada problema de saúde. Ter avaliação subjetiva de saúde muito ruim ou regular representa um escore da GDS 1,06 unidade maior do que ter avaliação subjetiva de saúde muito boa ou excelente. Cada ano de escolaridade acarreta redução de 0,14 unidade do escore da GDS. Ou seja, os idosos com maior escore de depressão são os com mais problemas de saúde, pior saúde percebida e menor escolaridade.

**Tabela 9.** Análise de regressão linear multivariada para escore GDS (N=303)

<i>Variáveis selecionadas</i>	<i>Categorias</i>	<i>Beta (EP)*</i>	<i>Valor-p</i>	<i>R<sup>2</sup> parcial</i>
<i>Número de problemas de saúde</i>	<i>Variável contínua</i>	0,635 (0,080)	<0,001	0,2727
	Muito boa/Excelente (ref.)	—		
<i>Saúde percebida</i>	Boa	0,316 (0,443)	0,476	0,0308
	Muito ruim/Regular	1,064 (0,451)	0,019	
<i>Escolaridade</i>	<i>Variável contínua (anos)</i>	-0,137 (0,054)	0,011	0,0177

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R<sup>2</sup> Total: 0,3212. Intercepto (EP): 1,365 (0,468); p=0,004.

#### **4.1.7. Análise comparativa entre número de doenças autorrelatadas, número de problemas de saúde, avaliação subjetiva de saúde e escore GDS**

O aumento do número de doenças autorrelatadas e do número de problemas de saúde relacionou-se a menor valor na avaliação subjetiva de saúde. Essa tendência pode ser observada nas Tabelas 10 e 11. Na Tabela 10, percebe-se que entre os participantes que não apresentaram nenhuma doença autorrelatada, 31,43% avaliaram como ruim ou regular a própria saúde. Dos

participantes com até duas doenças, 36,59% avaliaram como ruim ou regular a própria saúde. Quando ocorrem mais de três doenças, o aumento é bem mais expressivo: 68,63% consideram sua condição de saúde como ruim ou regular.

**Tabela 10.** Avaliação subjetiva de saúde em relação ao número de doenças (N=303)

<i>Número de doenças</i>	<i>Ruim/Regular</i>	<i>Boa</i>	<i>Muito boa/Excelente</i>
0	11 (31,43%)	17 (48,57%)	7 (20,00%)
1-2	60 (36,59%)	78 (47,56%)	26 (15,85%)
>=3	70 (68,63%)	27 (26,47%)	5 (4,90%)
<i>Total</i>	141	122	38

Teste qui-quadrado:  $X^2=31,01$ ; GL=4;  $p<0,001$

No grupo de pessoas que não relataram problemas, apenas 14,29% avaliaram a saúde como ruim ou regular. No grupo com mais de três problemas de saúde, 59,87% avaliou a própria saúde como ruim ou regular. Os dados são pormenorizados na Tabela 11.

**Tabela 11.** Avaliação subjetiva de saúde em relação ao número de problemas de saúde

<i>Número de problemas de saúde</i>	<i>Ruim/Regular</i>	<i>Boa</i>	<i>Muito boa/Excelente</i>
0	3 (14,29%)	7 (33,33%)	11 (52,38%)
1-2	44 (35,77%)	61 (49,59%)	18 (14,63%)
>=3	94 (59,87%)	54 (34,39%)	9 (5,73%)
<i>Total</i>	141	122	38

Teste qui-quadrado:  $X^2=50,47$ ; GL=4;  $p<0,001$

A seguir, na Tabela 12, encontra-se a comparação entre o número de doenças autorrelatadas, avaliação subjetiva de saúde e o escore da GDS. Percebe-se que a combinação entre o aumento do número de doenças autorrelatadas e a diminuição na avaliação subjetiva de saúde associa-se ao aumento do escore de sintomas depressivos.

**Tabela 12.** Análise comparativa entre faixas de número de doenças autorrelatadas, avaliação subjetiva e escore da GDS

<i>Presença de doença</i>	<i>Avaliação subjetiva</i>	<i>GDS&lt;5</i>	<i>GDS&gt;5</i>	<i>Total</i>
<i>Sem doenças</i>	<i>Boa</i>	22 (91,67%)	2 (8,33%)	24
	<i>Ruim</i>	6 (54,55%)	5 (45,45%)	11
<i>Com doenças</i>	<i>Boa</i>	124 (92,54%)	10 (7,46%)	134
	<i>Ruim</i>	87 (67,44%)	42 (32,56%)	129
<i>Total</i>		239	59	298

Teste qui-quadrado:  $X^2=32,62$ ;  $GL=3$ ;  $p<0,001$

A Tabela 13 demonstra que não foi encontrada diferença significativa entre as variáveis número de problemas de saúde, avaliação subjetiva de saúde e ter pontuação GDS compatível ou não com depressão.

**Tabela 13.** Análise comparativa entre faixas de número de problemas de saúde, avaliação subjetiva e escore GDS

<i>Problemas de Saúde</i>	<i>Avaliação subjetiva</i>	<i>GDS&lt;5</i>	<i>GDS&gt;5</i>	<i>Total</i>
<i>Sem problemas</i>	<i>Boa</i>	18 (100%)	0 (0%)	18
	<i>Ruim</i>	3 (100%)	0 (0%)	3
<i>Com problemas</i>	<i>Boa</i>	128 (91,43%)	12 (8,57%)	140
	<i>Ruim</i>	90 (65,69%)	47 (34,31%)	137
<i>Total</i>		239	59	298

Teste exato de Fisher:  $p < 0,001$

#### 4.1.8. Análise Comparativa entre as variáveis doenças autorrelatadas, problemas de saúde e escore GDS

Foi realizada análise comparativa entre a variável doenças autorrelatadas e o escore GDS (Tabela 14), e análise comparativa entre a variável problemas de saúde e o escore GDS (Tabela 15). O objetivo dessas análises foi identificar quais doenças autorrelatadas e problemas de saúde associavam-se significativamente ao escore GDS.

Verificou-se diferença significativa ( $p < 0,001$ ) no escore da GDS para algumas das variáveis. Houve maiores escores entre indivíduos que relataram ter diabetes, artrite, depressão, incontinência urinária, incontinência fecal, tristeza, perda de apetite, sofrido quedas (sendo que mais expressivo quanto maior o número de quedas), estado acamado, problema de memória e medo de cair. Esses resultados estão demonstrados nas Tabelas 14 e 15.

**Tabela 14.** Escores para a GDS (Média e DP) conforme as doenças autorrelatadas

<i>Doença</i>	<i>Sim/Não</i>	<i>N</i>	<i>MÉDI</i>	<i>D.P.</i>	<i>MÍN</i>	<i>MEDIAN</i>	<i>MÁ</i>	<i>VALOR</i>
			<i>A</i>			<i>A</i>	<i>X</i>	<i>p*</i>
<i>Coração</i>	<i>Sim</i>	68	3,74	2,77	0	3	10	p=0,253
	<i>Não</i>	231	3,26	2,5	0	3	13	
<i>Pressão alta</i>	<i>Sim</i>	193	3,31	2,39	0	3	10	p=0,956
	<i>Não</i>	105	3,5	2,85	0	3	13	
<i>Depressão</i>	<i>Sim</i>	51	4,86	3,17	0	4	13	p<0,001
	<i>Não</i>	248	3,06	2,31	0	3	13	
<i>Derrame</i>	<i>Sim</i>	27	3,93	3,08	0	3	9	p=0,515
	<i>Não</i>	272	3,31	2,51	0	3	13	
<i>Diabetes</i>	<i>Sim</i>	72	3,89	2,35	1	3	9	p=0,011
	<i>Não</i>	226	3,17	2,59	0	3	13	
<i>Tumor</i>	<i>Sim</i>	21	3,71	2,7	0	3	9	p=0,515
	<i>Não</i>	278	3,34	2,56	0	3	13	
<i>Artrite</i>	<i>Sim</i>	108	4,10	2,74	0	4	13	p<0,001
	<i>Não</i>	190	2,94	2,37	0	2	13	
<i>Pulmonar</i>	<i>Sim</i>	36	3,94	2,56	0	3	9	p=0,099
	<i>Não</i>	262	3,29	2,56	0	3	13	
<i>Osteoporose</i>	<i>Sim</i>	79	3,92	2,97	0	3	13	p=0,071
	<i>Não</i>	219	3,16	2,38	0	3	13	

\* Valor-p referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre dois grupos e ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre três ou mais grupos.

**Tabela 15.** Escores para a GDS (Média e DP) conforme os problemas de saúde

<i>Problema</i>	<i>N</i>	<i>MÉDIA</i>	<i>D.P.</i>	<i>MÍN</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MÁX</i>	<i>VALOR-p*</i>
<i>Urina</i>	94	4,32	2,85	0	4	13	p<0,001
	205	2,93	2,3	0	3	13	
<i>Fezes</i>	14	5,57	3,23	0	6	13	p=0,004
	284	3,24	2,46	0	3	13	
<i>Tristeza</i>	117	4,49	2,71	0	4	13	p<0,001
	182	2,64	2,18	0	2	10	
<i>Ganho de peso</i>	82	3,62	2,53	0	3	10	p=0,219
	211	3,27	2,56	0	3	13	
<i>Perda de apetite</i>	78	4,83	2,78	0	5	13	p<0,001
	219	2,85	2,27	0	2	13	
<i>Quedas</i>	81	4,17	2,78	0	4	13	p<0,001
	210	3,03	2,41	0	3	13	
<i>Fratura</i>	15	4,33	2,79	0	4	9	p=0,624
	65	4,02	2,85	0	3	13	
<i>Acamado</i>	40	4,38	2,73	0	4	10	p=0,008
	256	3,18	2,5	0	3	13	
<i>Memória</i>	154	4,16	2,72	0	4	13	p<0,001
	145	2,52	2,08	0	2	10	
<i>Medo de cair</i>	179	4,01	2,69	0	3	13	p<0,001
	119	2,39	2,02	0	2	9	

\* Valor-p referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre dois grupos e ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre três ou mais grupos.

Em resumo, escores mais elevados de sintomas depressivos na população estudada associaram-se ao maior número de doenças e problemas de saúde autorrelatados, pior avaliação subjetiva de saúde e menor escolaridade.

## **5 - DISCUSSÃO**

A etiologia da depressão na velhice apresenta-se associada a uma conjunção de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A literatura psiquiátrica e gerontológica sobre o assunto aponta significativas relações entre sintomas depressivos e variáveis, tais como o elevado número de comorbidades clínicas, o declínio da capacidade funcional e da autonomia, alterações no sistema nervoso central e perda de *status* socioeconômico (Blazer, 2003; Batistoni, 2007). Considerando a natureza multifatorial da depressão na velhice, foi privilegiada neste trabalho a investigação acerca da associação entre sintomas depressivos e variáveis com doenças crônicas, problemas de saúde, avaliação subjetiva de saúde, idade, gênero, renda mensal e escolaridade.

A compreensão do fenômeno da depressão na velhice pressupõe a retomada de alguns conceitos teóricos fornecidos pela psicologia do envelhecimento como parâmetros que discriminem padrões de comportamento normal, ótimo e patológico (Tavares, 2004). A perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*) apresenta conceitos importantes sobre a questão. Conforme o paradigma, a possibilidade de desenvolvimento mantém-se, ao longo de todas as fases etárias, mostrando-se regulada por um conjunto de processos genético-biológicos e socioculturais. As resultantes seriam os ganhos e as perdas evolutivas que caracterizam a singularidade da história de vida de cada indivíduo (Neri, 2002).

Durante o desenvolvimento ao longo da vida, são criadas condições para a criação de estratégias adaptativas às condições consideradas ameaçadoras, desafiantes à existência. Entre as estratégias encontram-se: a seleção de metas, a otimização de recursos internos/externos e a compensação de perdas. O desenvolvimento dessas estratégias tende a apoiar a superação das reconhecidas perdas biopsicossociais em diferentes etapas de vida, visto que são responsáveis pela manutenção da sensação de bem-estar subjetivo (Baltes e Baltes, 1990; Neri, 2002; Batistoni, 2007). Assim, as estratégias adaptativas exercerão importante influência na variabilidade do perfil

do envelhecimento emocional de cada indivíduo, associando-se à presença ou ausência de transtornos depressivos (Rowe e Kahn, 1998; Cupertino et al, 2006).

A construção de novas concepções sobre a complexidade dos fatores que envolvem o processo de envelhecimento reforça a superação de antigos paradigmas que o reconheciam como uma fase desprovida de autodesenvolvimento, ganhos evolutivos e heterogeneidade. A noção errônea acerca da relação direta entre idade e aumento de sintomas depressivos também foi superada nas últimas décadas por estudos que demonstraram a tendência a se encontrar menor prevalência de sintomas depressivos entre os idosos comparando-se a outras faixas etárias (Alexopoulos e Kelly, 2009; Fiske et al, 2009). Conforme alguns autores, a menor vulnerabilidade desse grupo ao desenvolvimento de transtornos de humor estaria justamente relacionada, entre um conjunto de variáveis, às bem-sucedidas estratégias de autorregulação do *self* desenvolvidas ao longo da vida (Aldwin, 1994; Tavares, 2004).

Sendo assim, o envelhecimento é um processo influenciado tanto por variáveis objetivas – como idade e presença de doença física, entre outras – quanto por variáveis encontradas nas avaliações que os sujeitos fazem de si mesmos e de sua própria condição física, afetiva e funcional (Batistoni, 2007). Essa conjuntura de variáveis favorecerá o envelhecimento saudável ou o surgimento de processos patológicos.

Na amostra do presente estudo, a maioria dos idosos (79,21%) não apresentou escore sugestivo de depressão. Em relação aos dados sociodemográficos foi composta majoritariamente por pessoas na faixa etária de 65 a 69 anos, com predominância do gênero feminino, o nível de escolaridade primário e renda familiar de um a três salários mínimos.

Em termos da faixa etária, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas para o escore da GDS. Ainda assim, por meio da observação dos dados das diferentes faixas etárias, percebeu-se não existir uma relação linear entre idade e sintomas depressivos na amostra. É interessante observar que, na faixa com idade superior a 80 anos, foi encontrado o maior escore seguida dos indivíduos com idade entre 70 a 74 e de 65 a 69 anos. Os indivíduos na faixa etária entre 75 a 79 anos foram os que apresentaram o menor escore .

Esses resultados podem ser compreendidos por meio de um importante conceito identificado como vulnerabilidade psicológica (Gatz, 1998). A vulnerabilidade psicológica dos indivíduos à depressão ao longo das diferentes fases de vida apresenta-se em uma trajetória curvilínea não linear, associando-se a outros dois fatores: vulnerabilidade biológica e vivência de eventos estressores. Conforme essa concepção teórica, alterações na vulnerabilidade biológica e a vivência de eventos estressores podem predispor ao aumento da vulnerabilidade psicológica em diferentes fases de vida de maneira não contínua.

No caso da amostra estudada, o escore mais elevado de sintomas depressivos (idosos com mais de 80 anos) pode estar associado ao desequilíbrio na vulnerabilidade biológica originado pela tendência ao aumento do número de doenças autorrelatadas, ou de problemas de saúde, como incontinência. O maior número de doenças crônicas, muitas vezes com consequentes sintomas dolorosos e incapacitantes, tende a associar-se a um maior impacto negativo na vida do indivíduo e ser vivenciada como um evento estressor. O desequilíbrio desses dois fatores poderia predispor ao aumento da vulnerabilidade psicológica e consequente surgimento de sintomatologia depressiva (Batistoni, 2007; Giacomini et al., 2008).

Tavares (2004), em uma revisão de estudos de corte transversal, apontou que os sintomas depressivos são mais prevalentes entre os idosos na faixa etária de 60 a 70 anos e entre os com idade superior a 80 anos, sendo menos prevalente entre os de 70 a 80 anos e entre os adultos de meia-idade. A maior prevalência de sintomas depressivos foi observada principalmente entre os idosos com mais de 80 anos, portadores de enfermidades graves, dependentes, com baixo nível socioeconômico, do gênero feminino e com escassas relações sociais. Estes achados estão de acordo com os achados sociodemográficos da presente investigação principalmente em relação, a maior prevalência de sintomas depressivos no gênero feminino e entre sujeitos com baixo nível socioeconômico.

No entanto, dados da literatura gerontológica apontam não existir uma relação direta entre idade e sintomas depressivos, de forma que o impacto negativo que determinada doença crônica ocasionará na vida de um idoso em idade avançada ou não, dependerá de uma conjuntura de variáveis biológicas e psicossociais (Ramos 2003; Fortes 2005; Batistoni, 2007).

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os gêneros para o escore da GDS. Observou-se maior presença de sintomas depressivos entre as mulheres. Esse dado está de acordo com uma série de estudos gerontológicos que apontam a maior predisposição das idosas à depressão, associada a maior exposição ao longo da vida a um conjunto de fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno de humor (Neri, 2001; Tavares, 2004; Alvarado, 2007).

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva estaria relacionado à precariedade de recursos socioeconômicos. A insuficiência de recursos ao longo dos anos tende a vir acompanhada de reduzidas oportunidades educacionais, menor acesso a serviços de saúde, e maior vulnerabilidade à depressão na velhice (Tavares, 2004; Alvarado et al., 2007; Fiske et al. 2009; IBGE, 2009).

Além disso, a população feminina encontra-se mais propensa a apresentar um maior número de fatores de risco relacionados a piores desfechos em saúde como: um maior número de comorbidades crônicas incapacitantes e menores índices de funcionalidade física. Também é encontrada uma tendência na população feminina a apresentar piores avaliações subjetivas de saúde do que na população masculina, revelando o elevado impacto negativo ou restritivo da enfermidades no cotidiano das idosas (Parahyba, 2006).

A associação de variáveis socioeconômicas, psicológicas e de saúde adversas tende a favorecer o declínio da qualidade de vida e da sensação de bem-estar subjetivo entre as mulheres, tornando-as mais frágeis e vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos na velhice (Neri, 2001; Neri, 2007).

Os resultados do presente estudo também confirmaram os dados da literatura sobre a associação da baixa escolaridade com sintomas depressivos. Foram apontadas diferenças significativas entre as faixas de escolaridade para o escore da GDS. Percebeu-se nas faixas com menor escolaridade escores mais elevados para sintomas depressivos.

Foram realizadas ainda análises comparativas entre as diferentes faixas de renda familiar mensal apresentadas na amostra e o escore da GDS. Em concordância com estudos anteriores sobre a questão, constatou-se que em faixas com menor renda familiar, foram encontrados maiores escores para a GDS.

As variáveis escolaridade e renda familiar mensal estão interrelacionadas e são importantes indicadores de fatores de risco social para a depressão. Há uma tendência dos indivíduos com baixa escolaridade a apresentar rendimento mensal inferior, maiores condições de privações e estresse e instabilidade em relação ao futuro. Acrescido a esse contexto, é frequentemente menor o acesso a

serviços de saúde – tanto curativos quanto profiláticos. Como foi referido, o enfrentamento dessas contingências adversas ao longo da vida tende a aumentar a vulnerabilidade psicológica ao surgimento de sintomas depressivos na velhice (Fiske et al., 2009).

Em relação aos idosos, a precariedade de condições materiais e o limitado acesso a serviços de saúde podem favorecer ao agravamento de quadros de doença crônica, levando à piora de prejuízos funcionais ou sociais, maior dependência e diminuição da autonomia. Desta forma, a baixa escolaridade e baixa renda familiar mensal estão associadas a um impacto negativo das doenças em decorrência da piora da saúde objetiva (Almeida et al., 2002; Lebrão e Laurenti, 2005).

No Brasil, essa tendência foi revelada nos dados do IBGE (2009) coletados na PNAD. Percebeu-se que os idosos mais pobres apresentaram índices mais elevados de incapacidade física. Além disso, o declínio funcional provocado por uma doença diminui conforme aumenta a renda. Esta variável também esteve associada a diferenças na autopercepção da saúde dos idosos. Os idosos mais pobres apresentaram piores avaliações subjetivas de saúde do que os de estratos de rendimentos mais elevados.

Conforme expôs Batistoni (2007), o impacto de uma determinada enfermidade na vida de um indivíduo será resultante de uma confluência de fatores já citados como, recursos psíquicos e emocionais disponíveis, recursos fisiológicos, demandas ambientais e recursos sociais e financeiros. Nessa conjuntura de variáveis, os recursos sociais e financeiros são considerados fundamentais para o amortecimento da maior vulnerabilidade biológica inerente ao envelhecimento. Sendo assim, o equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e a capacidade assistencial disponível permitirá maior possibilidade de envelhecimento saudável (Lebrão e Laurenti, 2005).

No presente trabalho também foi investigada a associação entre os sintomas depressivos e a variável presença de doenças crônicas. A psicologia da saúde indica que o diagnóstico de uma doença crônica pode ser identificado como uma situação de crise na vida de um indivíduo. Decorrem dele a necessidade de reorganização na rotina, de mudanças de hábitos e de constatação de perdas físicas, sociais, e financeiras. As incumbências que acompanham o processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento demandam do sujeito o manejo de recursos internos adaptativos para o enfrentamento da situação, sendo potencialmente geradora de estresse (Trentini et al., 1990; Francioni e Silva, 2007). Alguns estudos também destacam a questão da frequência e duração do evento estressor, apontando que a exposição repetida e prolongada às situações de estresse tendem a favorecer o surgimento de sintomas depressivos (Fiske et al., 2003; Jawad et al. 2008).

A intensidade do impacto de uma determinada doença dependerá de uma conjuntura de recursos para o seu enfrentamento, incluindo os fisiológicos, ambientais, sociais e emocionais e a capacidade de resiliência. Alguns fatores como o elevado número de comorbidades clínicas, avaliação subjetiva de saúde ruim, escassos recursos financeiros e baixa escolaridade podem favorecer o impacto negativo de uma determinada enfermidade na qualidade de vida, associando-se ao aumento do risco do desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Lyness et al., 2002; Lyness, 2004 ; Batistoni, 2007).

Na amostra de Ermelino Matarazzo, estudada nesta pesquisa, a hipertensão revelou-se a doença autorrelatada mais prevalente, seguida de males do sistema músculo-esquelético – artrite e osteoporose – e do sistema endócrino, representada pelo diabetes. Esses dados convergem com os estudos epidemiológicos nacionais que destacam as enfermidades cardiovasculares e o diabetes como as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população geral e principalmente, idosa (Lessa, 2004; Ministério da Saúde, 2006).

Entre os problemas de saúde autorrelatados, o mais frequente foi o medo de cair. Os déficits relacionados à memória também apresentaram elevada frequência, enquanto a tristeza foi o terceiro problema de saúde mais relatado pelos idosos.

É importante destacar que, as doenças crônicas relacionadas ao sistema músculo-esquelético (artrite e osteoporose) estão entre os principais fatores associados ao prejuízo da capacidade funcional, perda da independência nas AVDs e AIVDs, com grande potencial para impacto negativo na qualidade de vida entre idosos (Santos et al., 2008).

Devido a seu caráter restritivo para as atividades diárias, o impacto negativo destas enfermidades provavelmente associa-se aos problemas de saúde com alta prevalência no estudo, como medo de cair, quedas e tristeza. Dados da literatura também associam a presença de doenças músculo-esqueléticas com sintomas depressivos entre idosos (Lyness et al., 2006).

Em concordância com esses resultados da literatura, a análise comparativa do escore da GDS indicou pontuação mais elevada para os idosos que relataram doenças e problemas de saúde que tendem a ocasionar importantes quadros de incapacidade funcional, restrições sociais e de lazer, prejuízo no senso de autoeficácia e queda na qualidade de vida. Por exemplo, os escores da GDS foram mais elevados entre os indivíduos que relataram artrite, diabetes, incontinência urinária, incontinência fecal e quedas.

Estudos utilizando grupo controle apontaram forte associação entre diabetes e sintomas depressivos – o risco de desenvolvimento de depressão apresentou-se duas vezes mais elevado do que entre indivíduos saudáveis (Anderson et al., 2000). Apesar de ainda não serem claros os mecanismos biológicos entre o diabetes e a depressão, alterações hormonais – como a hipercortisolemia – podem favorecer o risco de diabetes em deprimidos. Outros mecanismos

também são apontados, como o aumento de reações imunoinflamatórias e alterações do transporte de glicose em regiões cerebrais específicas (Teng et al. 2005).

Em termos psicossociais, a associação entre o diabetes e a depressão relaciona-se à necessidade de reestruturação de rotina, aquisição de novos hábitos alimentares e principalmente, à aceitação das perdas, da incurabilidade e de complicações provenientes da doença. Cavinatto (2003) apontou que, principalmente entre os idosos, o envelhecer com diabetes revelou-se um processo ligado à perda de autonomia e de função no núcleo familiar. Isso porque ser um doente crônico com diabetes, para o grupo de homens estudado, representou a perda de seu papel de “provedor”, no caso das idosas da pesquisa, significou o deslocamento do papel de dona de casa/cuidadora para o papel de dependente/cuidada.

Cavinatto (2003) também observou diferenças na capacidade de enfrentamento da doença conforme a idade dos sujeitos da amostra. Entre os idosos mais velhos foi percebida uma menor capacidade de enfrentamento e maior sensação de vulnerabilidade/fragilidade em relação ao controle do diabetes, principalmente, entre aqueles que apresentaram um histórico de vida sedentário, marcado de privações, com poucas opções de lazer e isolamento social. Além disso, a gravidade dos sintomas e comorbidades clínicas associadas tende a se agravar com a idade.

Entre os problemas de saúde autorrelatados, os que apresentaram significativa associação com a presença de sintomas depressivos na amostra de Ermelino Matarazzo foram incontinência fecal e urinária, perda de apetite, queda, ter permanecido acamado, julgar-se com problemas de memória e apresentar medo de cair. É importante enfatizar as consequências restritivas – em âmbito social, ocupacional e familiar – e potencialmente prejudiciais à autoestima do indivíduo, geradas por esses problemas de saúde.

Batistoni (2007) também constatou em seu estudo associação entre sintomas depressivos e doenças relacionadas aos sistemas gastrointestinal e genitourinário, enfatizando a possibilidade de a associação ser explicada pelas consequências limitantes dessas enfermidades na rotina do idoso. Além disso, enfatizou que a etiologia dessas doenças podem estar relacionadas com situações de estresse e “descarga psicossomática” (Batistoni, 2007, p.104).

Em relação à incontinência urinária, estudos em ambulatórios geriátricos demonstraram ser comum entre idosos a resistência em buscar tratamento médico devido ao falso julgamento de tais sintomas serem “normais” ao envelhecimento (Tannenbaum et al. 2001). Além disso, apresentar incontinência urinária ou fecal tende a ser visto como uma doença vergonhosa, socialmente estigmatizada, dificultando a busca por tratamento. Sentimentos de vergonha em relação às incontinências tendem a acarretar com frequência isolamento social, queda da qualidade de vida e transtornos de humor (Duarte e Rego, 2007).

Foi demonstrado, em estudos comparativos entre idosos saudáveis e com incontinência urinária, que esses problemas de saúde geram um significativo impacto negativo na qualidade de vida, uma tendência a avaliarem de modo mais negativo a própria saúde, além da probabilidade duas vezes maior para o desenvolvimento de depressão (Tannenbaum et al. 2001, Ko et al. 2005).

Nas análises descritivas envolvendo toda a amostra de Ermelino Matarazzo, a maioria dos participantes revelou um baixo número de doenças autorrelatadas, de uma a duas doenças, entretanto, os participantes relataram um elevado número de problemas de saúde (a maioria da amostra apresentou mais de três problemas). Adicionalmente, foi encontrada majoritariamente uma boa avaliação subjetiva de saúde (40,53%).

É possível que o baixo número de doenças autorrelatadas possa ser explicado pelo fato da maior parcela da amostra ser formada por idosos de 65 a 69 anos. Encontra-se documentado que há uma tendência ao aumento do número de doenças crônicas ao longo do envelhecimento. Os idosos com idade superior a 80 anos tendem a apresentar um maior número de comorbidades e, conseqüentemente, a sofrerem maiores restrições funcionais e piora na qualidade de vida (Giacomin et al., 2008).

Outros estudos apontam que apesar de ocorrer um aumento da tendência à sintomatologia depressiva ao longo dos anos, essa associação não pode ser compreendida apenas devido à piora das condições de saúde física. Fatores como vivência contínua de situações de estresse crônico, diminuição da sensação de bem-estar, incapacidade funcional, baixas avaliações subjetivas de saúde, também estariam associados à etiologia dos sintomas depressivos em idosos (Fiske et al., 2003; Nguyen e Zonderman, 2006; Batistoni, 2007). Desta forma, a associação entre depressão e doença crônica seria influenciada por um conjunto de fatores fisiológicos, patológicos e biopsicossociais (Lyness, 2006).

No conjunto de fatores destacados, a medida de capacidade funcional surge como um relevante parâmetro para a compreensão do conceito de envelhecimento saudável. Independentemente da idade e do número de comorbidades crônicas associadas, a velhice bem sucedida depende do grau de autonomia do indivíduo em gerir a própria vida e determinar/executar seus próprios desejos. O bem-estar na velhice seria resultante do equilíbrio entre as várias medidas da capacidade funcional do sujeito, não significando ausência de problemas ou perdas (Ramos, 2003). Doenças crônicas que são acompanhadas da diminuição da capacidade funcional do sujeito tendem a prejudicar o senso de identidade, bem-estar, capacidade e autoestima, e conseqüentemente, podem favorecer o surgimento de transtornos de humor.

Costa et al. (2005) apontaram que as doenças crônicas que provocam quadros de maior incapacidade funcional e perda de independência em relação ao próprio cuidado tendem a gerar sentimentos de terminalidade. O sentimento de total ou parcial dependência de outros, assim como a constatação da perda de autonomia quanto às próprias escolhas e decisões, tendem a intensificar a sensação de ameaça à própria vida. Conforme os autores, esse sentimento de terminalidade, muito comum em doenças incapacitantes, relaciona-se à constatação do fim de uma forma anterior de viver, sendo necessárias mudanças internas e ambientais que assegurem a adaptação às novas condições impostas pela doença crônica.

A análise dos escores da GDS e variáveis de saúde na amostra de Ermelino Matarazzo gerou resultados que convergem com a maioria das questões apontadas acima. Foram encontradas diferenças significativas no escore da GDS para número de doenças autorrelatadas. O escore GDS elevou-se de modo diretamente proporcional ao número de doenças autorrelatadas. Na faixa com três ou mais comorbidades, foram encontrados escores significativamente mais elevados para sintomas depressivos do que nas faixas anteriores.

Em relação à análise comparativa entre as diferentes faixas da variável avaliação subjetiva de saúde para o escore da GDS, os resultados apontaram o aumento de sintomas depressivos em sujeitos com pior avaliação subjetiva de saúde. O maior escore da GDS foi encontrado na faixa com avaliação de saúde ruim/regular. Constatou-se que essa variável de caráter subjetivo também associou-se de forma significativa ao aumento do escore da GDS

A medida avaliação subjetiva de saúde apresenta-se como um instrumento cada vez mais utilizado nas pesquisas ligadas ao envelhecimento, principalmente, por proporcionar importantes indicações de outras variáveis, como bem-estar subjetivo, funcionalidade física e mortalidade

(Pinquart, 2001; Batistoni, 2007). A literatura aponta dados importantes sobre esse aspecto, como o estudo de Ruthig e Chipperfield (2007) que constatou que os indivíduos que apresentavam avaliação subjetiva positiva da própria condição, independentemente da saúde objetiva, tiveram melhor pontuação em bem-estar psicológico, senso de controle percebido e funcionalidade física. Em compensação, os idosos que avaliaram de modo mais negativo a própria saúde apresentaram menor satisfação com a vida, mais emoções negativas e tendência ao declínio funcional.

Doorn (1999) constatou que entre os indivíduos que apresentavam graves quadros clínico de saúde (saúde objetiva ruim), 58% consideravam a própria saúde como excelente, muito boa ou boa. Após comparações entre grupos de indivíduos considerados otimistas (saúde objetiva ruim/avaliação subjetiva de saúde boa) e pessimistas (saúde objetiva boa/avaliação subjetiva de saúde ruim) concluiu-se que o conceito avaliação subjetiva de saúde recebeu influência tanto do estado objetivo quanto de variáveis psicossociais específicas como: histórico familiar, comparações sociais realizadas, percepção da própria saúde, capacidade funcional e expectativa de vida.

Outros trabalhos indicaram existir uma reciprocidade entre níveis negativos de saúde objetiva e as avaliações subjetivas negativas realizadas pelos indivíduos, apontando que avaliações de saúde ruins tendem a apresentar robustas associações com variáveis como grave estado geral de saúde objetiva e incapacidade funcional (Pinquart, 2001; Batistoni, 2007).

No presente estudo, as análises estatísticas também constataram a congruência entre a variável objetiva número de doenças autorrelatas e a variável avaliação subjetiva de saúde. O aumento do número de doenças autorrelatadas e do número de problemas de saúde – pior saúde objetiva – foram preditivos de piores avaliações de saúde (ruim/regular). Estes dados confirmam dados da literatura que

demonstraram que o elevado número de doenças crônicas tende a ocasionar um maior impacto na qualidade de vida dos pacientes, principalmente pelo fato de favorecer o agravamento de incapacidade funcional e dependência (Ramos, 2003; Fortes, 2005).

Com a finalidade de investigar a interrelação entre as variáveis objetivas e subjetivas de saúde, foi realizada uma análise envolvendo o número de doenças autorrelatadas, a avaliação subjetiva de saúde, e o escore da GDS. Os dados mostraram-se coerentes com análise anteriores e indicaram existir uma significativa relação entre a variável objetiva número de doenças autorrelatadas com a variável subjetiva saúde percebida e o escore da GDS. O aumento do número de doenças associou-se à diminuição na avaliação subjetiva de saúde e ao aumento dos sintomas depressivos.

A análise comparativa entre essas variáveis também revelou dados interessantes: mantendo-se fixa a variável de saúde objetiva, percebeu-se aumento nos escores da GDS devido à piora na avaliação subjetiva de saúde. Desta forma, entre os indivíduos sem doenças autorrelatadas e com boa avaliação subjetiva de saúde, a prevalência de indivíduos com suspeita de depressão ( $GDS > 5$  pontos) foi de 8,33%. Entre os indivíduos com as mesmas condições clínicas, mas com piores avaliações subjetivas de saúde, o escore da GDS compatível com depressão elevou-se para um percentual de 45,45%. Constatou-se, assim, a associação de variáveis emocionais na percepção da própria saúde.

Para aprofundar a compreensão acerca da relação entre as variáveis objetivas e subjetivas de saúde com o escore da GDS, foi realizada a comparação entre grupos com diferentes perfis para a avaliação da saúde. A amostra foi organizada em quatro grupos conforme as avaliações de saúde objetiva (presença/ausência doenças autorrelatadas) e avaliações subjetivas de saúde: 1) com boas avaliações para ambas, 2) com boa saúde objetiva e saúde subjetiva ruim, 3) com saúde objetiva ruim e boa saúde subjetiva, e 4) com saúde objetiva e subjetiva ruins.

Nos grupos 1 e 3, que apresentaram boas avaliações subjetivas de saúde, foram encontrados baixos escores para sintomas depressivos. Apesar de não ser estatisticamente significante, no grupo 1, foi encontrado percentual ligeiramente mais elevada na GDS (8,33%) do que no grupo 3 (7,46%). Neste último, apesar da saúde objetiva ruim (presença de comorbidades clínicas), houve menor percentual de GDS acima de cinco pontos em comparação com os demais grupos. Em contrapartida, nos grupos 2 e 4, foram encontradas porcentagens elevadas de escores para sintomas depressivos. O grupo 2 (com boa saúde objetiva e saúde subjetiva ruim) apresentou o maior percentual de GDS maior do que cinco (45,45%).

Estudos anteriores, realizados na América do Norte, indicaram que a avaliação subjetiva de saúde tende a estar associada à maneira como os indivíduos avaliam a própria condição funcional e o bem-estar psicológico. Entre os idosos norte-americanos, foi percebido que os otimistas em relação à própria saúde (saúde objetiva ruim/boa avaliação subjetiva de saúde) também demonstraram conceitos positivos acerca da própria funcionalidade física. Além disso, possuíam maior engajamento social, níveis educacionais mais elevados e maior satisfação matrimonial. Com exceção dos idosos com severas restrições provenientes de doença crônica grave, a maioria desse grupo tinha nível alto de bem-estar subjetivo e qualidade de vida avaliada como satisfatória. Entre os idosos pessimistas (saúde objetiva boa/avaliação subjetiva de saúde ruim), foram encontrados pouco engajamento social, maior sedentarismo, elevados índices de sintomas depressivos, tendência a superestimar a percepção de sinais negativos da própria saúde e menores índices de funcionalidade física. Nesse contexto, os pessimistas apresentaram baixos níveis de bem-estar subjetivo e comprometida qualidade de vida (Ruthig e Allery, 2008).

Provavelmente, a associação entre sintomas depressivos e baixa avaliação subjetiva de saúde é reforçada pela especificidade das características emocionais e cognitivas dos indivíduos deprimidos. São comuns padrões negativos de comportamento – como pessimismo, sentimento de incapacidade, visão negativa de si mesmo, do ambiente e em relação ao futuro – que favorecem ao surgimento de sintomas psicossomáticos e rebaixamento do bem-estar psicológico (Fortes, 2005).

Embora os dados do presente estudo indiquem a associação entre as variáveis – mais sintomas depressivos e piores avaliações subjetiva de saúde –, seriam necessários estudos de delineamento longitudinais para ser verificada a direção da causalidade entre tais variáveis.

A análise de regressão linear permitiu investigar a relação entre variáveis de saúde e o escore da GDS. Em comparação às demais variáveis, o número de problemas de saúde foi a que mais fortemente associou-se com a variabilidade da GDS. A avaliação subjetiva de saúde mostrou-se também mais significativamente associada ao escore da GDS do que os dados de saúde objetiva. Os resultados indicaram que o diagnóstico que os idosos realizam sobre os próprios problemas de saúde e avaliação da própria saúde em geral mostraram-se mais associados aos sintomas depressivos do que os diagnósticos objetivos de saúde fornecidos por terceiros (médicos).

Dados da literatura internacional apontaram que as manifestações clínicas mais comuns entre os pacientes com sintomas depressivos – e principalmente entre aqueles com depressão crônica – são as queixas somáticas como: constantes dores de cabeça, constipação intestinal, fraqueza muscular e outras manifestações de dores. Pesquisas realizadas em atendimento primário de atenção à saúde demonstram que pacientes depressivos crônicos procuram serviços médicos com maior frequência do que pacientes portadores de outras enfermidades crônicas, sendo

responsáveis na América do Norte, por mais da metade das visitas ambulatoriais (Kroenke et al., 1995; Barsky et al., 2005; Bogner et al., 2009).

Principalmente em relação aos idosos, estudos demonstraram robustas associações entre queixas somáticas e depressão. Como tais queixas são características da sintomatologia depressiva nessa população, a literatura aponta ser comum que o diagnóstico de depressão seja “mascarado” devido à predominância dessas manifestações somáticas entre usuários de serviços de atenção primária. Conforme dados da literatura nacional e internacional, cerca de 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados nos serviços ambulatoriais (Fleck et al., 2002; Tylee e Gandhi, 2005).

Além da questão do subdiagnóstico, a sintomatologia depressiva entre os idosos ocasiona amplo impacto negativo na qualidade de vida, capacidade funcional e funcionamento social; podendo favorecer quadros de fragilidade (Fleck et al. 2002; Lynnes, 2004). A partir de dados para o Brasil do projeto *Longitudinal Investigation of Depression Outcomes* (Lido), verificou-se, em serviços primários de atenção à saúde, associações entre sintomas depressivos e variáveis como avaliação subjetiva de saúde, qualidade de vida, satisfação com a saúde e funcionamento social. Conforme esses achados, constatou-se que a intensidade dos sintomas depressivos mostrou-se inversamente associada aos indicadores de bem-estar subjetivo e de saúde física. Os pacientes com sintomas depressivos apresentaram maiores comprometimentos do funcionamento físico, psicológico e social. Além disso, os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram a própria saúde como pior e mostraram-se menos satisfeitos com ela (Fleck et al., 2002).

De acordo com tais estudos descritos na literatura, sintomas decorrentes de transtorno de humor depressivo, como queixas somáticas e crença de baixa funcionalidade social e física,

associam-se a uma pior satisfação em relação à própria saúde (Fleck et al., 2002; Lynnes, 2004). Na amostra de Ermelino Matarazzo percebeu-se que o julgamento subjetivo que os idosos executaram acerca dos próprios problemas de saúde e a avaliação da própria saúde geral pode também ser considerado um importante indicativo de bem-estar subjetivo, visto que, o maior número de problemas de saúde esteve associado à maior intensidade de sintomas depressivos e às piores avaliações de saúde. Desta forma, a percepção acerca da própria saúde associou-se mais fortemente a critérios subjetivos do que objetivos.

Finalmente, a análise estatística de regressão linear (critério *Stepwise*), confirmou a significativa associação entre variáveis de saúde e psicossociais para o aumento de sintomas depressivos na amostra estudada. O aumento do número de problemas de saúde, baixa avaliação subjetiva de saúde e baixa escolaridade associaram-se ao aumento dos sintomas depressivos entre os idosos da amostra. Dessa forma, constatou-se que a manifestação dos sintomas depressivos na população estudada apresentou-se como um fenômeno multifatorial robustamente associado às variáveis acima descritas.

## **6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo buscou ampliar as investigações sobre as variáveis envolvidas na etiologia da depressão na velhice, priorizando variáveis de saúde e variáveis sociodemográficas. Apoiado pelas referências teóricas, também buscou aprofundar a compreensão sobre o impacto de uma determinada doença crônica no curso de vida do idoso, sendo demonstrado o valor preditivo de variáveis de saúde objetiva e da avaliação subjetiva de saúde para a sintomatologia depressiva. Além disso, buscou-se reunir importantes referenciais teóricos para a maior compreensão do fenômeno tanto em termos da população estudada quanto no âmbito da Psicologia da Saúde e da Gerontologia.

Na amostra estudada, foram encontradas fortes associações entre sintomas depressivos e variáveis como baixo nível de escolaridade, elevado número de problemas de saúde e piores avaliações subjetivas de saúde. Em concordância com os achados da literatura, foi constatada pelos resultados do estudo a complexidade existente acerca da etiologia dos sintomas depressivos, envolvendo assim, variáveis psicossociais e de saúde.

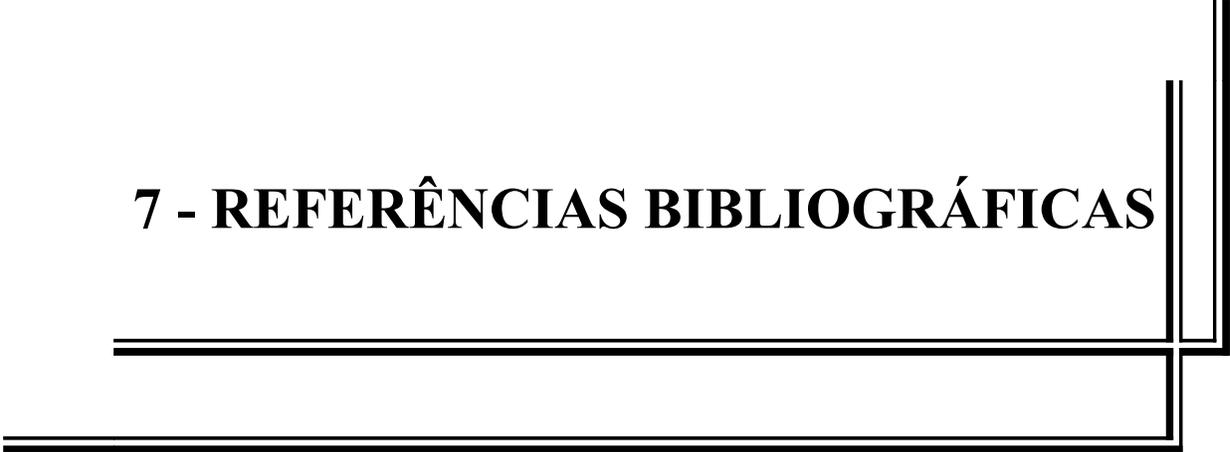
Além disso, importantes questões foram levantadas para futuras investigações como as robustas associações encontradas entre as variáveis número de problemas de saúde e avaliação subjetiva de saúde com a variabilidade da GDS. Ambas as variáveis mostraram-se mais associadas a intensidade de sintomas depressivos do que a variável objetiva doença autorrelatada. Como foi exposto na discussão, provavelmente esse dado indica a importância de variáveis subjetivas na percepção de bem-estar subjetivo, na funcionalidade física e social e conseqüentemente na qualidade de vida de idosos. Estudos futuros poderiam investigar de forma mais aprofundada as relações existentes entre critérios subjetivos, como a variável avaliação subjetiva de saúde, com dados sociodemográficas e de saúde objetiva.

Algumas dificuldades metodológicas foram encontradas ao longo do trabalho. Um dos objetivos da pesquisa foi compreender a força preditiva de determinadas doenças crônicas para a

sintomatologia depressiva na velhice. Potencialmente, a depressão pode ser influenciada pelo impacto negativo de algumas doenças crônicas, principalmente, aquelas reconhecidas como incapacitantes, restritivas e de sintomatologia dolorosa. No entanto, alguns critérios de exclusão da pesquisa, como a dos idosos que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem acamados (provisória ou definitivamente), portadores de sequelas graves de acidente vascular cerebral, com perda localizada de força e/ou afasia, portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável, idosos que estivessem em estágio terminal e sujeitos que estivessem em tratamento quimioterápico para câncer, restringiram a população estudada para idosos com doenças crônicas não graves e/ou incapacitantes. Um futuro estudo sobre a associação de doenças crônicas no escore da GDS necessitaria também incluir aqueles sujeitos com doenças graves, incapacitantes, acamados e terminais, excluídos desta amostra.

A respeito da inter-relação entre as variáveis depressão e avaliação subjetiva de saúde, seria necessário o desenvolvimento de estudos longitudinais nacionais para investigar a direção de causalidade. Além disso, nos serviços de atenção primária à saúde, uma compreensão mais clara sobre a relação favoreceria a redução de subdiagnóstico para depressão entre idosos.

## **7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



Aldwin CM. Stress, Coping and Development – An Integrative Perspective. New York – London : The Guilford Press; 1994.

Alexopoulos GS. Frontostriatal and limbic dysfunction in late-life depression. American Journal of Geriatrics Psychiatry 2002; 10: 687-695.

Alexopoulos GS.; Kelly REJ. Research advances in geriatric depression. World Psychiatry 2009; 8: 140-149.

Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14(10):858-865.

Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas autorreferidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(4):743-756.

Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Sicotte M, Tellechea L. Social an gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of latin america and caribbean. J Gerontol B Pshychol Sci Soc Sci. 2007; 62(4):226-236.

Alves PC, Rabelo MC. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA (org). Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069-1078.

Austin MP, Mitchell P, Goodwin GM. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 200–206

Ballmaier M, Narr KL, Toga AW, Elderkin-Thompson V, Thompson PM, Hamilton L et al. Hippocampal Morphology and Distinguishing Late-Onset From Early-Onset Elderly Depression. *Am J Psychiatry* 2008; 165(2): 229 – 237.

Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM (orgs). *Successful aging of behavioral: perspectives of behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.

Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(8):903–910.

Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66: 802-813.

Batistoni SS. Sintomas depressivos entre idosos: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sociodemográficas e psicossociais [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Benyamini Y, Leventhal E, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med.* 2000; 62: 354–364.

Berber J, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome de fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2005; 45(2).

Bianchini DCS, Dell'Aglio DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Revista Paidéia* 2006; 16(35): 427- 436.

Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003 Outubro; 25(4).

Blazer D. Dysthymia in community and clinical samples of older adults. *Am J Psychiatr.*1994; 151: 1567-1569.

Blazer D. Psychiatry and the oldest old. *Am J Psychiatr.* 2000 Dec;157: 1915-1924.

Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology Society of America Biological Medical Sciences* 2003; 58(3): 249-265.

Bogner HR, Shah P, Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification among elderly primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009;11(6): 285-291.

Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003; 61(3B): 777-781.

Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, Begley AE, Dew MA, Mulsant BH et al. The Nature and Determinants of Neuropsychological Functioning in Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(6): 587 - 595.

Caillet R.. Dor, mecanismos e tratamentos. Tradução Settineri, WMF. São Paulo: Artemed; 1991. 312p.

Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory: social activity in lifespan context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 1991; 11: 195-217.

Castro VD, Car MR. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev Esc Enferm. USP* 2000 Junho; 34(2) .

Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item general health questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambuí health aging study). *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(2).

Cavinatto, SM. Doença crônica, autocuidado e autonomia : estudo de um processo educativo junto a pacientes com Diabetes Melito tipo 2. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self care and glucose control in diabetes. *Diab Care* 2002; 25: 731-736.

Costa VT, Alves PC, Lunardi VL. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. *R Enferm UERJ* 2006; 14(1): 27-31.

Cupertino APFB, Oliveira BHD, Guedes DV, Coelho ER, Milano RS, Rubac JS, et al. Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicol Reflex Crit.* 2006; 19(3): 371-378.

Diehl M. Self-Development in Adulthood and aging: The Role of Critical Life Events. In: Ryff CD, Marshall VW (org). *The self and society in aging processes*. New York: Springer Publishing Company; 1999.

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine* 2000, 160: 2101-2107.

Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a supplementary material. *JAMA* 2009; 301(12): 1242-1252.

Doorn CV. A qualitative approach to studying health optimism, realism, and pessimism. *Research on Aging* 1999; 21(3): 440-457.

Duarte MB, Rego MAV. Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(3).

Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA. Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity and diabetes. *J Psychosom Res.* 2002; 53: 891-895.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1).

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev. Saúde Pública 2002; 36(4):431-438.

Fonseca SR, Santos APB, Almeida MA, Guimarães HC, Corrêa TAF, Beato RG et al. Perfil neuropsiquiátrico na doença de Alzheimer e na demência mista. J Bras Psiquiatria 2008; 57(2):117-121.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J. Pers. Soc. Psychol. 1986; 50(5): 992-1003.

Forlenza VO, Almeida OP. Depressão e Demência no Idoso. São Paulo: Ed. Lemos, 1997.199p.

Fortes ACG. Eventos de vida. In Neri AL (org). Palavras-chave em Gerontologia. 2ed. Campinas (SP): Alínea; 2005.

Fortes, ACG.. Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de autoeficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: dados do PENSEA [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Fortes-Burgos ACG, Neri AL. Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão. RBCEII 2008; 5(1): 103-114.

Fiske A, Gatz M, Pedersen NL. Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003; 58(6): 320-328.

Fiske A, Jones RS. Depression. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL (org). Cambridge handbook of age and ageing. UK: Cambridge University Press; 2005.

Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389.

Fontes AP. Estresse. In: Neri AL (org). *Palavras-chave em Gerontologia*. 2ed. Campinas (SP): Alínea; 2005.

Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto & Contexto – Enferm*. 2007; 16(1).

Gatz, M. Towards a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In: J. Lomranz (orgs). *Handbook of aging and mental health*. New York: Plenum; 1998.

Giacomin KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2008; 24(6):1260-1270.

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272(8): 619–626.

Gordilho A. Depressão, ansiedade, distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (org). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Gureje O, Korff MV, Simon GE, Gater. Persistent pain and well-being: a world health organization study in primary care. *JAMA* 1998; 280(2): 147 - 151.

Haase VG, Lacerda SS, Lima EP, Lana-Peixoto MA. Desenvolvimento bem-sucedido com esclerose múltipla: um ensaio em psicologia positiva. *Estud Psicol.* 2005; 10 (2).

Hong T., Zarit SH, Malmberg B. The role of health congruence in functional status and depression. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2004; 59(4):151-157.

Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol.* 1991 Mar; 46(2): 55-65.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. In: *Estudos e pesquisas: informações demográficas e socioeconômicas.* V 25. Rio de Janeiro; 2009.

International Diabetes Federation. Did you know? [Acesso em 10 de novembro de 2009]. Disponível em : URL: <http://www.idf.org/home/index.cfm?>

Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Robinson RG. Treatment of Vascular Depression Using Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(3): 268 - 276.

Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanism, and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 388-398.

Kanton WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54; 216-226.

Katon W, Fan Ming-Yu, Unützer J, Taylor J, Pincuss H, Schoenbaum M. Depression and diabetes: a potentially lethal combination. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23(10).

Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Ann Intern Med.* 2001; 134: 917-925.

Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int.* 2000; 57: 2093-2098.

Koenig H, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med.*1988; 148(9): 1929-1936.

Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care* 2005; 11(4):103-111.

Krishnan KRR, Taylor WD, McQuoid DR, Payne ME, Provenzale JM, Steffens DC. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging–defined subcortical ischemic depression. *Biol Psychiatry* 2004; 55(4): 390-397.

Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV III, Hahn SR, Linzer M, Williams JBW et al. Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(4):352–358.

Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. Tradução Menezes P. São Paulo: Martins Fontes; 1985.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Nova York: Springer; 1984.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8: 127-141.

Lespérance F, Frasere-Smith N, Juneau M, Thérioux P. Depression and 1-year prognosis in unstable angina. Arch Intern Med. 2000; 160: 1354-1360.

Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Ciênc. saúde coletiva 2004 Dec; 9(4).

Lessa I. O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo (SP): Editora Hucitec-Abrasco; 1998.

Lothe A, Didelot A, Hammers A, Costes N, Saoud M, Gilliam F et al. Comorbidity between epilepsy and depression: an 18F MPPF PET study. Brain 2008; 131(10): 2751-2764.

Lyness MJ, Caine ED, King DA, Conwell Y, Duberstein PR, Cox C. Depressive disorders and symptoms in older primary care patients. Am J Geriatr Psychiatr. 2002;10: 275-282.

Lyness MJ. Treatment of depressive conditions in later life: real-world light for dark (or dim) tunnels. JAMA 2004; 291(13):1626 – 1628.

Lyness JM, Niculescu A, Xin Tu, Reynolds CF, Caine ED. The relationship of medical comorbidity and depression in older, primary care patients. Psychosomatics 2006; 47, 435-439.

MacQueen GM, Campbell S, McEwen BS, Macdonald K, Amano S, Joffe RT et al. Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression. *Proc Nat Acad Science* 2003; 100: 1387-1392.

Martinez JE, Domingues C, Davolos FJC, Martinez LC, Gozzano JOA. Fibromyalgia patients' quality of life and pain intensity variation. *Rev Bras Reumatol.* 2008; 48(6): 325-328.

Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de atenção básica nº15. Brasília: Secretaria de atenção à Saúde/Departamento de atenção básica; 2006.

Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: diabetes mellitus. Cadernos de atenção básica nº16. Brasília: Secretaria de atenção à Saúde/Departamento de atenção básica, Brasília; 2006.

Morais NA, Koller SH. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In Koller SH (org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisas e intervenção no Brasil.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Navas CE, Munoz GJJ, Garcia MLC. Fibromialgia: una enfermedad reumatológica con alta comorbilidad psicopatológica. *An Psiquiatria* 2003; 19(6): 253-264.

Neri AL. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.* Campinas, SP: Papirus; 2001.

Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, São Paulo; 2001. [Acesso em 20 de novembro de 2009] Disponível em: URL:[HTTP://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/2congresso.pdf](http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/2congresso.pdf).

Neri AL. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (org). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Neri AL. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e Envelhecimento. Temas de Psicologia 2006; 1 (14).

Neri AL. Feminização da velhice In: Neri AL (org). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e SESC SP; 2007.

Nguyen H, Zonderman AB. Relationship between age and aspects of depression: consistency and reliability across two longitudinal studies. Psychol Aging 2006; 21(1): 119-126.

Oliveira D, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. Rev Saúde Pública 2006; 40(4).

Oliveira DR, Lenardt MH, Tuoto FS. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. Acta Paul Enf. 2003; 16(4): 49-58.

Olivieri DP. O ser doente – dimensão humana na formação profissional da saúde. São Paulo: Ed.Moraes; 1985.

Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação Internacional de Doenças. São Paulo: EDUSP;1994.

Papaléo Netto M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (org). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Parahyba MI. Desigualdades de gêneros em saúde entre idosos no Brasil. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu/MG: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2006. [Acesso em 10 de dezembro de 2009]. Disponível em : URL: :HTTP //www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ ABEP2006\_272.pdf .

Parker G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? Am J Psychiatr. 2000; 157:1195-1203.

Pinquart M. Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. Psychology and Aging 2001; 16(3): 414-426.

Queiroz ZPV, Netto MP. Envelhecimento bem-sucedido: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais: importância da sociabilidade e da educação. In: Netto MP (org). Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007.

Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S.Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. Rev Saúde Pública 1998; 32: 397-407.

Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (org). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Ramos, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3).

Ranrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C. Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal* 2000; 321(7256): 263-266.

Riso LP, Miyatake RK, Thase ME. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders* 2002; 70: 103-115.

Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML. Prevalence of DSM—IV psychiatric disorder in the French elderly population. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 184:147-152.

Rowe JW, Kahn RL. *Successful Aging*. New York: Pantheon Books; 1998.

Rudisch, B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 227-240.

Ruthig JC, Chipperfield JG. Health incongruence in later life: implications for subsequent well being and health care. *Health Psychol.* 2007; 26(6): 753-761.

Ruthig JC, Allery A. Native American elders' health congruence: the role of gender and corresponding functional well-being, hospital admissions, and social engagement. *J Health Psychol* 2008; 13: 1072-1081.

Salat DH, Kaye JA, Janowsy JS. Prefrontal gray and white matter volumes in healthy aging and alzheimer disease. *Arch Neurol.* 1999; 56(3): 338 - 344.

Salloway S, Malloy P, Kohn R, Gillard R, Duffy J, Rogg J et al. MRI and neuropsychological differences in early and late life onset geriatric depression. *Neurology* 1996; 46: 1567-1574.

Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10(3): 317-324.

Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Caderno de Saúde Pública* 2008; 24(4): 879-886.

Steffens D, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatr.* 2000; 57: 601-607.

Tannenbaum C, Perrin L, DuBeau CE, Kuchel GA. Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001; 82(1): 134-138.

Tavares SS. Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes.[Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Taylor WD, Steffens DC, Payne ME, MacFall JR, Marchuk DA, Svenson IK et al. Influence of serotonin transporter promoter region polymorphisms on hippocampal volumes in late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(5): 537 - 544.

Teng CT, Humes E C, Demetrio F N. Depressão e comorbidades clínicas. Rev Psiquiatr Clín. 2005; 32(3): 149-159.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine 1995; 10:1403-1409.

Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2005; 7(4):167–176.

Trentini M, Silva DGV, Leimann AH. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por paciente em condições crônicas de saúde. Rev Gaúch Enfermagem 1990; 11(1): 18-28.

Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro.. Int J Geriatr Psychiatry 1994; 9: 285-295.

Yesavage JA, Brink TL, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17(1): 37-49.

Wilcox VL, Kasl SV, Idler EL. Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 1996: 51(2): 96-104.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: World Health Organization; 1946.

World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview. Geneva: World Health Organization/Division of Mental Health Publication MNH/NAT; 1989.

World Health Organization. The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

World Health Organization. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.

World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment [Acesso em 10 novembro 2009] Disponível em [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/en/index/1.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/en/index/1.html).

Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. Psicologia em Estudo 2003; 8:75-84

## **8 - ANEXOS**

## ANEXO 1



### FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNICAMP © [www.fcm.unicamp.br/pesquisaetica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisaetica/index.html)

CEP, 10/07/07 (Grupo III)

**PARECER CEP:** N° 208/2007 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)

CAAE: 0151.1.146.000 -07

#### **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO:** "ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS - REDE FIBRA"

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Anita Liberalesso Neri

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 10/04/2007

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 22/05/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

#### **II - OBJETIVOS**

Estudar a síndrome biológica de fragilidade entre idosos brasileiros a partir dos 65 anos que residam em zonas urbanas de regiões geográficas diferentes, levando em contas variáveis sócio-demográficas, antropométricas, de saúde e funcionalidade física, mentais e psicológicas.

#### **III - SUMÁRIO**

Estudo populacional multicêntrico de idosos, com amostra bem definida e identificação de diferentes regiões urbanas categorizadas pelo IDH.

#### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

O estudo está estruturado e justificado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

#### **V - PARECER DO CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

---

Comitê de Ética em Pesquisa  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126

FONE (019) 3521-8936

(Caixa Postal 6111  
13084-971, Campinas, SP

FAX (19)3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br

## ANEXO 2



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 19/01/10.  
(PARECER CEP: N° 208/2007)

## PARECER

### I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS-REDE FIBRA”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

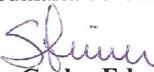
### II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto de pesquisa intitulado como “PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS: RELAÇÕES COM VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE” sob responsabilidade de Gloria Teixeira Nicolosi, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

### III – DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de janeiro de 2010.

  
**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187

## ANEXO 3



### REDE FIBRA

#### PESQUISA: PERFIS DE FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

INÍCIO DA SESSÃO DE COLETA DE DADOS: \_\_\_ h \_\_\_ min

POLO: \_\_\_

CIDADE: \_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

<b>BLOCO A</b>	<b>ENTREVISTADOR: 1 __</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE E CONTROLE</b>	<b>ASSINATURA:</b>

A 1. Nome do idoso: \_\_\_\_\_

A 2. Rua/Av.: \_\_\_\_\_ A 3.Nº: \_\_\_\_\_ A 4.Compl: \_\_\_\_\_

A 5. Bairro: \_\_\_\_\_ A 6.Tipo de domicílio: (1) Casa  
(2) Apartamento  
(3) Casa de fundos  
(4) Cômodo

#### CONTROLE

Preenchido pelo supervisor local

A 7. Número do protocolo preenchido: ___ __ __		
A 8. Status do preenchimento do protocolo	1. Completo 2. Retornar ao campo 3. Perdido	Código do supervisor: 2 __ Data: ___/___/____ Assinatura:
A 9. Encaminhado para digitação		Data: ___/___/____

Preenchido pelo supervisor do Polo (DEIXAR EM BRANCO)

A 10. Digitado		Código do supervisor: 2 __ Data: ___/___/____ Assinatura:
A 11. Digitação conferida	1. Satisfatória 2. Insatisfatória	Código do supervisor: 2 __ Data: ___/___/____ Assinatura:
A 12. Digitação finalizada com sucesso		Código do supervisor: 2 __ Data: ___/___/____ Assinatura:

**BLOCO B**  
**VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**ENTREVISTADOR: 1 \_\_**  
**ASSINATURA:**

**B 1.** Qual é sua idade?  
\_\_\_\_\_ anos 999. NR

**B 2.** Qual é sua data de nascimento?  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 99. NR

**B 3.** Gênero  
1. Masculino 2. Feminino

**B 4.** Qual é o seu estado civil?  
1. Casado/a ou vive com companheiro/a  
2. Solteiro/a  
3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a  
4. Viúvo/a  
99. NR

**B 5.** Qual sua cor ou raça?  
1. Branca  
2. Preta  
3. Mulata/cabocla/parda  
4. Indígena  
5. Amarela/oriental  
99. NR

**B 6.** Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida?  
\_\_\_\_\_  
99. NR

**B 7.** Trabalha atualmente?  
1. Sim  
2. Não (ir para a questão B 9)  
99. NR

**B 8.** O que o/a senhor/a faz?  
\_\_\_\_\_

**B 9.** O/a senhor/a é aposentado/a?  
1. Sim  
2. Não  
99. NR

**B 10.** O/a senhor/a é pensionista?  
1. Sim  
2. Não  
99. NR

**B 11.** O/a senhor/a é capaz de ler e escrever um bilhete simples?  
1. Sim  
2. Não  
99. NR

**B 12.** Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?

1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos  
2. Curso de alfabetização de adultos  
3. Até o \_\_\_\_ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)  
4. Até o \_\_\_\_ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)  
5. Até o \_\_\_\_ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)  
6. Até o \_\_\_\_ ano do Curso Superior  
7. Pós-graduação incompleta  
8. Pós-graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor  
99. NR

**B 13.** Número de anos de escolaridade (calcular sem perguntar)  
\_\_\_\_\_ anos

**B 14.** Quantos filhos/as o/a senhor/a tem?  
\_\_\_\_\_ filhos/as  
99. NR

**ARRANJO DE MORADIA**

Com quem o/a senhor/a mora?

	Sim	Não
<b>B 15.</b> Sozinho	1	2
<b>B 16.</b> Marido/mulher / companheiro/a	1	2
<b>B 17.</b> Filho/s ou enteado/s	1	2
<b>B 18.</b> Neto/s	1	2
<b>B 19.</b> Bisneto/s	1	2
<b>B 20.</b> Outro/s parente/s	1	2
<b>B 21.</b> Pessoa/s fora da família	1	2

**B 22.** O/a senhor/a é proprietário de sua residência?  
1. Sim  
2. Não  
99. NR

**B 23.** O/a senhor/a é o principal responsável pelo sustento da família?

1. Sim
2. Não
99. NR

**B 24.** Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?

R\$ \_\_\_\_\_ (em valor bruto)

99. NR

**B 25.** Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?

R\$ \_\_\_\_\_ (em valor bruto)

99. NR

**B 26.** Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

1. Sim
2. Não
99. NR

### BLOCO C

#### STATUS MENTAL, AUTO-AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA E RASTREIO COGNITIVO

ENTREVISTADOR: 1 \_\_

ASSINATURA:

#### AUTO-AVALIAÇÃO DE MEMÓRIA

**C 601.** Se alguém lhe mostrasse uma folha com desenhos de 10 figuras para observar por 30 segundos, quantas figuras o/a senhor/a acha que conseguiria se lembrar em seguida sem ver a folha?

\_\_\_\_\_ (anotar quantas)

99. NR

#### STATUS MENTAL

Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

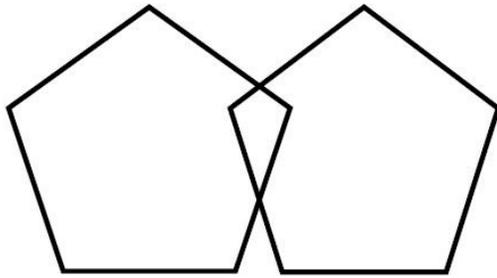
	CERTO	ERRADO	NR
<b>C 1.</b> Que dia é hoje?	1	0	99
<b>C 2.</b> Em que mês estamos?	1	0	99
<b>C 3.</b> Em que ano estamos?	1	0	99
<b>C 4.</b> Em que dia da semana estamos?	1	0	99
<b>C 5.</b> Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)	1	0	99
<b>C 6.</b> Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão).	1	0	99
<b>C 7.</b> Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo)	1	0	99
<b>C 8.</b> Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	1	0	99
<b>C 9.</b> Em que cidade nós estamos?	1	0	99
<b>C 10.</b> Em que estado nós estamos?	1	0	99

Vou dizer 3 palavras, e o/a senhora/a irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Falar as três palavras em seqüência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa)			
C 11. Carro	1	0	99
C 12. Vaso	1	0	99
C 13. Tijolo	1	0	99
Gostaria que o/a senhora/a me dissesse quanto é (Se houver erro, corrija e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se corrigir).			
C 14. 100 - 7	1	0	99
C 15. 93 - 7	1	0	99
C 16. 86 - 7	1	0	99
C 17. 79 - 7	1	0	99
C 18. 72 - 7	1	0	99
O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?			
C 19. Carro	1	0	99
C 20. Vaso	1	0	99
C 21. Tijolo	1	0	99
C 22. Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
C 23. Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
C 24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. (Considere somente se a repetição for perfeita)	1	0	99
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar todos os comandos de uma vez só)			
C 25. Pega a folha com a mão correta	1	0	99
C 26. Dobra corretamente	1	0	99
C 27. Coloca no chão	1	0	99
C 28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: “FECHE OS OLHOS”	1	0	99
C 29. Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Escrever a frase na próxima folha) (Oferecer esta folha ao idoso, cobrindo os itens ate este ponto)	1	0	99
C 30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o/a senhor/a copiasse, tentando fazer o melhor possível. (O idoso deverá desenhar na folha em branco depois desta. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura com 4 lados e com 2 ângulos)	1	0	99
C 31. Pontuação Total: _____			

**C 29. FRASE:**

Rede FIBRA – Protocolo de coleta de dados

**C 30. DESENHO:**



**QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA**

Comparado com <b>10 anos atrás</b> , como o/a senhor/a descreveria a sua habilidade de realizar as seguintes tarefas que envolvem a memória?	<b>Muito Melhor Agora</b>	<b>Um Pouco Melhor</b>	<b>Igual</b>	<b>Um Pouco Pior</b>	<b>Muito Pior Agora</b>
<b>C 602.</b> Lembrar o nome de pessoas que acabou de conhecer	1	2	3	4	5
<b>C 603.</b> Lembrar o número de telefones que usa pelo menos uma vez por semana	1	2	3	4	5
<b>C 604.</b> Lembrar onde colocou objetos (como chaves) em sua casa ou escritório	1	2	3	4	5
<b>C 605.</b> Lembrar notícias de uma revista ou televisão	1	2	3	4	5
<b>C 606.</b> Lembrar o (s) item (s) que pretende comprar quando chega em uma farmácia ou mercearia	1	2	3	4	5
<b>C 607.</b> No geral, como o/a senhor/a descreveria sua memória comparada com 10 anos atrás	1	2	3	4	5

**C 608. ESCORE:** \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**BATERIA BREVE DE RASTREIO COGNITIVO**

**NOMEAÇÃO**

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte: “Que figuras são estas? (**se necessário apontar**)”. Faça um x dentro dos parênteses correspondentes a cada palavra nomeada corretamente pelo idoso/a. Corrija eventuais erros de nomeação para a evocação posterior.

- ( ) Sapato      ( ) Casa      ( ) Pente      ( ) Chave      ( ) Avião  
 ( ) Balde      ( ) Tartaruga      ( ) Livro      ( ) Colher      ( ) Árvore

**C 609. ESCORE** (figuras nomeadas corretamente): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**MEMÓRIA INCIDENTAL**

Esconda as figuras e pergunte: “Que figuras eu acabei de lhe mostrar?”. Nesta questão é importante saber em que ordem as figuras foram lembradas, motivo pelo qual você escreverá dentro de cada parêntese, o número de ordem da resposta, da 1ª a 10ª. Nas cinco linhas que aparecem depois das dez palavras com os parênteses você deverá escrever eventuais nomeações feitas pelo/a idoso/a que não se referem às 10 figuras apresentadas (intrusões).

- ( ) Sapato      ( ) Casa      ( ) Pente      ( ) Chave      ( ) Avião  
( ) Balde      ( ) Tartaruga      ( ) Livro      ( ) Colher      ( ) Árvore
- 

**C 610. ESCORE** (número de acertos): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**C 611. INTRUSÕES** (escrever com letra legível): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

#### **MEMÓRIA IMEDIATA**

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

“Olhe bem e procure memorizar estas figuras” (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome por segundo; fale a série toda duas vezes.) “Que figuras eu acabei de lhe mostrar?”. Escreva dentro de cada parênteses, o número de ordem da resposta, da 1ª a 10ª. Nas cinco linhas que aparecem depois das dez palavras com os parênteses você deverá escrever eventuais nomeações feitas pelo/a idoso/a que não se referem às 10 figuras apresentadas (intrusões). Não é necessário anotar a ordem em que estas palavras (intrusões) foram ditas.

- ( ) Sapato      ( ) Casa      ( ) Pente      ( ) Chave      ( ) Avião  
( ) Balde      ( ) Tartaruga      ( ) Livro      ( ) Colher      ( ) Árvore
- 

**C 612. ESCORE** (número de acertos): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**C 613. INTRUSÕES** (escrever com letra legível): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

#### **APRENDIZADO**

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

“Olhe bem e procure memorizar estas figuras” (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes.) “Que figuras eu acabei de lhe mostrar?”. Escreva dentro de cada parênteses, o número de ordem da resposta, da 1ª a 10ª. Nas cinco linhas que aparecem depois das dez palavras com os parênteses você deverá escrever eventuais nomeações feitas pelo/a idoso/a que não se referem às 10 figuras apresentadas (intrusões). Não é necessário anotar a ordem em que estas palavras (intrusões) foram ditas.

- ( ) Sapato      ( ) Casa      ( ) Pente      ( ) Chave      ( ) Avião  
( ) Balde      ( ) Tartaruga      ( ) Livro      ( ) Colher      ( ) Árvore
- 

**C 614. ESCORE** (número de acertos): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**C 615. INTRUSÕES** (escrever com letra legível): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL**

“O senhor deve falar todos os nomes de animais de que se lembrar, o mais rápido possível. Quanto mais você falar, melhor. Pode começar”. Anote os nomes de animais falados pelo/a idoso/a a cada 15 segundos (use o cronômetro e guie-se pelos relógios indicadores que aparecem abaixo para anotar as respostas do/a idoso/a).

⌚ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
⌚ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
⌚ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
⌚ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C 616. ESCORE** (número de animais lembrados em 1 minuto): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**DESENHO DO RELÓGIO**

“Desenhe um círculo bem grande, como se fosse o mostrador de um relógio e coloque todos os números. Em seguida, coloque os ponteiros marcando 11 horas e 10 minutos”. **Se necessário desenhar o círculo para o/a idoso/a. O idoso/a deverá desenhar o relógio na folha a seguir, nesta folha. Antes de apresentar-lhe o protocolo para que desenhe, cubra estas instruções com papel branco, para não haver interferência.**

**C 617. PONTUAÇÃO:** \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**OBSERVAÇÃO:** Se o idoso/a não for capaz ou não quiser desenhar o relógio, perguntar o nome do presidente, governador e prefeito, atuais e imediatamente anteriores. **Atenção: apenas se o/a idoso/a não desenhar o relógio.**

Atual Presidente da Republica: \_\_\_\_\_  
Quem foi o Presidente da República antes do atual? \_\_\_\_\_  
Atual Governador do Estado: \_\_\_\_\_  
Quem foi o Governador do Estado antes do atual? \_\_\_\_\_  
Atual Prefeito: \_\_\_\_\_  
Quem foi o Prefeito antes do atual? \_\_\_\_\_

**C 618. PONTUAÇÃO:** \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**C 617. DESENHE UM RELÓGIO AQUI**

Rede FIBRA – Protocolo de coleta de dados

**MEMÓRIA TARDIA (5 MINUTOS)**

“Que figuras eu lhe mostrei há 5 minutos?” Se necessário, reforce, dizendo “figuras desenhadas numa folha de papel plastificada”. Escreva dentro de cada parêntese, o número de ordem da resposta, da 1ª a 10ª. Nas cinco linhas que aparecem depois das dez palavras com os parênteses você deverá escrever eventuais nomeações feitas pelo/a idoso/a que não se referem às 10 figuras apresentadas (intrusões).

( ) Sapato      ( ) Casa      ( ) Pente      ( ) Chave      ( ) Avião  
( ) Balde      ( ) Tartaruga      ( ) Livro      ( ) Colher      ( ) Árvore

\_\_\_\_\_

**C 619. ESCORE** (número de acertos): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**C 620. INTRUSÕES** (escrever com letra legível): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**RECONHECIMENTO**

Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga: “Aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que o/a senhor/a me diga quais já tinha visto há alguns minutos”. Marque as figuras lembradas corretamente com um x dentro dos parênteses à esquerda de cada uma. Não é preciso anotar o número de ordem. Anote nas linhas abaixo palavras reconhecidas erroneamente (incluir esta frase).

( ) Sapato      ( ) Casa      ( ) Pente      ( ) Chave      ( ) Avião  
( ) Balde      ( ) Tartaruga      ( ) Livro      ( ) Colher      ( ) Árvore

\_\_\_\_\_

**C 621. ESCORE** (número de acertos): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**C 622. INTRUSÕES** (escrever com letra legível): \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**BLOCO D**  
**PRESSÃO ARTERIAL**

**ENTREVISTADOR: 1 \_\_**  
**ASSINATURA:**

**Posição sentada:**

**D 1.** 1ª medida: \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_mmHg

**D 2.** 2ª medida: \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_mmHg

**D 3.** 3ª medida: \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_mmHg

**Posição ortostática:**

**D 4.** 1ª medida: \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_mmHg

**D 5.** 2ª medida: \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_mmHg

**D 6.** Média PA = \_\_\_\_\_

**D 7.** O/a senhor/a tem **hipertensão**?

1. Sim

2. Não

99. NR

**D 8.** Caso o idoso responda **SIM**, perguntar: “Usa regularmente medicamentos para hipertensão?”

1. Sim

2. Não

99. NR

Rede FIBRA – Protocolo de coleta de dados

**D 9.** Quais medicamentos usa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D 10.** Hoje o/a senhor/a fez uso de medicamentos para hipertensão?

1. Sim
2. Não
99. NR

**D 11.** Quais medicamentos usou hoje?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D 12.** Em que horários?

\_\_\_\_\_

**D 601.** O/a senhor/a é diabético?

1. Sim
2. Não
99. NR

**D 602.** Em caso positivo, perguntar: “Faz tratamento para diabetes?”

1. Sim
2. Não
99. NR

**BLOCO E**

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

**ENTREVISTADOR: 1 \_\_**

**ASSINATURA:**

**PESO**

**E 1.** \_\_\_\_\_ Kg

**CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA**

**E 4.** \_\_\_\_\_ cm

**ALTURA**

**E 2.** \_\_\_\_\_ cm

**CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL**

**E 5.** \_\_\_\_\_ cm

**IMC**

**E 3.** \_\_\_\_\_ (DEIXAR EM BRANCO)

**CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL**

**E 6.** \_\_\_\_\_ cm

**BLOCO F**

**MEDIDAS DE FRAGILIDADE**

**ENTREVISTADOR: 1 \_\_**

**ASSINATURA:**

**PERDA DE PESO NÃO-INTENCIONAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

**F 1.** O senhor perdeu peso de forma não-intencional nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
99. NR

**F 2.** Caso tenha respondido **SIM**, perguntar: “Quantos quilos emagreceu/perdeu?”

\_\_\_\_\_Kg

99. NR

**ATIVIDADE FÍSICA/DISPÊNDIO DE ENERGIA INDICADO EM METs**

Agora eu vou lhe dizer os nomes de várias atividades físicas que as pessoas realizam por prazer, para se exercitarem, para se divertirem, porque fazem bem para a saúde ou porque precisam.

→ Em primeiro lugar eu vou perguntar sobre caminhadas, ciclismo, dança, exercícios físicos, atividades feitas na água e esportes. Gostaria de saber quais dessas atividades o/a senhor/a vem praticando (**Perguntar da F3 à F20, nas duas últimas semanas e nos últimos 12 meses – duas primeiras colunas**).

<b>Perguntar para homens e mulheres:</b>	Nas duas últimas semanas	Nos últimos 12 meses	Quantos meses no ano?	Quantos dias na semana?	Quanto tempo por dia?	MET's
<b>F 3.</b> Faz caminhadas sem esforço, de maneira confortável, em parques, jardins, praças e ruas, na praia ou à beira-rio, para passear ou para se exercitar porque é bom para a saúde?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 4.</b> Sobe escadas porque quer, mesmo podendo tomar o elevador (pelo menos um lance ou andar)?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 5.</b> Pratica ciclismo por prazer ou vai trabalhar de bicicleta?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 6.</b> Faz dança de salão?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 7.</b> Faz ginástica, alongamento, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo, dentro da sua casa?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 8.</b> Faz ginástica, alongamento, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo, numa academia, num clube, centro de convivência ou SESC?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 9.</b> Faz hidroginástica na academia, num clube, centro de convivência ou SESC?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 10.</b> Pratica corrida leve ou caminhada mais vigorosa?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 11.</b> Pratica corrida vigorosa e contínua por períodos mais longos, pelo menos 10 minutos de cada vez?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 12.</b> Faz musculação? (não importa o tipo)	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 13.</b> Pratica natação em piscinas grandes, dessas localizadas em clubes ou academias?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 14.</b> Pratica natação em praia ou lago, indo até o fundo, até um lugar onde não dá pé?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 15.</b> Joga voleibol?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 16.</b> Joga tênis de mesa?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>Perguntar apenas para os homens:</b>						
<b>F 17.</b> Joga futebol?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				

<b>F 18.</b> Atua como juiz de jogo de futebol?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
---	-------------------------	-------------------------	--	--	--	--

**Perguntar para homens e mulheres:**

<b>F 19.</b> Pratica algum outro tipo de exercício físico ou esporte que eu não mencionei? _____ (anotar)	1.Sim 2. Não 99.NR	1.Sim 2. Não 99.NR				
<b>F 20.</b> Além desse, o/a senhor/a pratica mais algum? _____	1.Sim 2. Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99. NR				

**Voltar para o item F 3, perguntando sobre a frequência e a duração das atividades que o/a idoso/a disse que fez nos últimos 12 meses.**

→ Agora eu vou lhe perguntar sobre atividades domésticas que o/a senhor/a vem praticando. O/a senhor/a vai respondendo somente **sim** ou **não** (**Perguntar da F21 à F32, nas duas últimas semanas e nos últimos 12 meses – duas primeiras colunas**).

	Nas últimas duas semanas	Nos últimos 12 meses	Quantos meses no ano?	Quantos dias na semana?	Quanto tempo por dia?	METs
<b>F 21.</b> Realiza trabalhos domésticos leves? (tais como tirar o pó, lavar a louça, varrer, passar aspirador, consertar roupas)?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 22.</b> Realiza trabalhos domésticos pesados? (tais como lavar e esfregar pisos e janelas, fazer faxina pesada, carregar sacos de lixo)?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 23.</b> Cozinha ou ajuda no preparo da comida?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 24.</b> Corta grama com cortador elétrico?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 25.</b> Corta grama com cortador manual?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 26.</b> Tira o mato e mantém um jardim ou uma horta que já estavam formados?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 27.</b> Capina, afofa a terra, aduba, cava, planta ou semeia para formar um jardim ou uma horta?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 28.</b> Constrói ou conserta móveis ou outros utensílios domésticos, dentro de sua casa, usando martelo, serra e outras ferramentas?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 29.</b> Pinta a casa por dentro, faz ou conserta encanamentos ou instalações elétricas dentro de casa, coloca azulejos ou telhas?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 30.</b> Levanta ou conserta muros, cercas e paredes fora de casa?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				

<b>F 31.</b> Pinta a casa por fora, lava janelas, mistura e coloca cimento, assenta tijolos, cava alicerces?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 32.</b> Faz mais algum serviço, conserto, arrumação ou construção dentro de casa que não foi mencionado nas minhas perguntas? _____ (anotar)	1.Sim 2. Não 99.NR	1.Sim 2. Não 99.NR				
<b>F 33.</b> Além desse, o/a senhor/a faz mais algum? _____	1.Sim 2. Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99. NR				

Agora nós vamos voltar e eu vou lhe perguntar sobre a frequência e a duração das atividades que disse que fez nos últimos 12 meses. **Voltar para o item F 21.**

→ Em seguida eu vou lhe perguntar sobre algumas atividades de lazer e de descanso que o/a senhor/a vem realizando. O/a senhor/a vai respondendo somente sim ou não. **(Perguntar da F34 à F41, nas duas últimas semanas e nos últimos 12 meses – duas primeiras colunas).**

<b>Perguntar para homens e mulheres:</b>	Nas duas últimas semanas	Nos últimos 12 meses	Quantos meses no ano?	Quantos dias na semana?	Quanto tempo por dia?	METs
<b>F 34.</b> Assiste televisão?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 35. Para as mulheres:</b> Faz tricô, crochê, bordado, pintura, artesanato ou coleções, dentro de casa?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 36. Para os homens:</b> Faz algum artesanato, pinta ou organiza coleções, dentro de casa?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				

**Para homens e mulheres:**

<b>F 37.</b> Lê jornais, revistas ou livros?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 38.</b> Joga baralho, dama, dominó, xadrez ou outros jogos de mesa?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 39.</b> Dorme ou cochila durante o dia?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 40.</b> Pratica outras atividades de lazer e de descanso que eu não disse? _____ (anotar)	1.Sim 2. Não 99.NR	1.Sim 2. Não 99.NR				
<b>F 41.</b> Além dessa, o/a senhor/a pratica mais alguma atividade de lazer ou de descanso? _____	1.Sim 2. Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99. NR				

Agora nós vamos voltar e eu vou lhe perguntar sobre a frequência e a duração das atividades que o/a senhor/a fez nos últimos 12 meses. **Voltar para o item F 33.**

→ Agora eu vou lhe perguntar sobre trabalho (**Perguntar da F42 à F45, nas duas últimas semanas e nos últimos 12 meses – duas primeiras colunas**).

<b>Perguntar para homens e mulheres:</b>	Nas últimas duas semanas	Nos últimos 12 meses	Quantos meses no ano?	Quantos dias na semana?	Quanto tempo por dia?	METs
<b>F 42.</b> O/a senhor/a trabalha regularmente em algum trabalho remunerado ou voluntário? Se respondeu <u>não</u> , dar este questionário por terminado. Se respondeu <u>sim</u> , ir para as perguntas 43, 44 e 45.	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 43.</b> Que tipo de trabalho realiza? 1. Sentado 2. Em pé (trabalho leve) 3. Em pé, andando e carregando pesos de mais de 13 kg (trabalho pesado). 99. NR						
<b>F 44.</b> Faz caminhadas para ir ou voltar do trabalho ou para fazer trabalhos voluntários, pelo menos por 10 minutos de cada vez, sem parar?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				
<b>F 45.</b> Caminha nos intervalos do trabalho, por exemplo na hora do almoço, pelo menos 10 minutos de cada vez, sem parar?	1.Sim 2.Não 99.NR	1.Sim 2.Não 99.NR				

Vamos voltar e eu vou lhe perguntar sobre a frequência e a duração das atividades de trabalho que fez **nos últimos 12 meses. Voltar para o item F 42.**

#### FADIGA

Pensando na <b>última semana</b> , diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o/a senhor/a:	Nunca/Raramente	Poucas vezes	Na maioria das vezes	Sempre	NR
<b>F 46.</b> Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais.	1	2	3	4	99
<b>F 47.</b> Não consegui levar adiante minhas coisas.	1	2	3	4	99

#### MEDIDA DE FORÇA DE PREENSÃO

**F 48.** 1ª medida de força de preensão: \_\_\_\_\_ Kgf

**F 49.** 2ª medida de força de preensão: \_\_\_\_\_ Kgf

**F 50.** 3ª medida de força de preensão: \_\_\_\_\_ Kgf

**F 51.** MÉDIA:  $A + b + c / 3$ : \_\_\_\_\_ Kgf

#### MEDIDA DE VELOCIDADE DA MARCHA

**F 53.** 1ª medida de velocidade da marcha: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ centésimos de segundo

**F 54.** 2ª medida de velocidade da marcha: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ centésimos de segundo

F 55. 3ª medida de velocidade da marcha: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ centésimos de segundo

F 56. MÉDIA: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ centésimos de segundo

**BLOCO G**

**VARIÁVEIS DE SAÚDE E PSICOSSOCIAIS**

**ENTREVISTADOR: 1 \_ \_**

**ASSINATURA:**

**DOENÇAS AUTO-RELATADAS**

Algum médico já disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças?	Sim	Não	NR
G 1. Doença do coração, como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco	1	2	99
G 2. Pressão alta / hipertensão	1	2	99
G 3. Derrame / AVC / Isquemia	1	2	99
G 4. Diabetes Mellitus	1	2	99
G 5. Tumor maligno / Câncer	1	2	99
G 6. Artrite ou reumatismo	1	2	99
G 7. Doenças do pulmão como por exemplo bronquite e enfisema	1	2	99
G 8. Depressão	1	2	99
G 9. Osteoporose	1	2	99

**PROBLEMAS DE SAÚDE**

Nos últimos <b>12 meses</b> o/a senhor/a teve algum destes problemas?	Sim	Não	NR
G 10. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	1	2	99
G 11. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	1	2	99
G 12. Tristeza ou depressão?	1	2	99
G 13. Ganho involuntário de peso? Caso tenha respondido <b>SIM</b> , perguntar: "Aumentou quantos quilos? ____ Kg	1	2	99
G 14. Perda de apetite?	1	2	99
G 15. O/a senhor/a sofreu quedas? Caso tenha respondido <b>SIM</b> , perguntar? Quantas? _____ Caso tenha respondido <b>NÃO</b> , ir para a questão G 23	1	2	99
G 16. Devido às quedas o/a senhor/ateve que procurar o serviço de saúde ou teve que consultar o médico?	1	2	99
G 17. Sofreu alguma fratura? Caso tenha respondido <b>NÃO</b> , ir para a questão G 23 Caso tenha respondido <b>SIM</b> , perguntar: "Onde?"	1	2	99
G 18. Punho	1	2	99
G 19. Quadril	1	2	99
G 20. Vértebra	1	2	99
G 21. Outros: _____ (ANOTAR)		2	99
G 22. Para os que sofreram fratura, perguntar: "Teve que ser hospitalizado/a por causa dessa fratura?"	1	2	99
G 23. Esteve acamado em casa por motivo de doença ou cirurgia?	1	2	99
G 24. Para aqueles que responderam <b>SIM</b> à questão G 23, perguntar: "Por quantos dias permaneceu acamado/a?" _____ dias			99
G 25. Teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?	1	2	99
G 605. O/a senhor/a tem medo de cair?	1	2	99

#### PROBLEMAS RELACIONADOS AO SONO

G 26. Teve problemas de sono?	1	2	99
G 27. Tomou remédios para dormir ou calmante?	1	2	99
G 601. Acorda de madrugada e não pega mais no sono?	1	2	99
G 602. Fica acordado/a a maior parte da noite?	1	2	99
G 603. Leva muito tempo para pegar no sono?	1	2	99
G 604. Dorme mal à noite?	1	2	99

#### USO DE MEDICAMENTOS

G 28. Nos últimos <b>3 meses</b> o/a senhor/a vem tomando algum medicamento receitado por algum médico, ou por conta própria? Caso tenha respondido <b>NÃO</b> , ir para a questão G 34	1	0	99
G 29. Para os que responderam <b>SIM</b> , perguntar: “Quantos?” _____ Para os que disseram consumir remédios, perguntar: “Como tem acesso aos medicamentos?”			99
G 30. Compra com seu dinheiro?	1	2	99
G 31. Compra com recursos da família?	1	2	99
G 32. Obtém no Centro de Saúde?	1	2	99
G 33. Outros: _____	1	2	99
G 34. O/a senhor/a deixou de tomar algum medicamento por dificuldade financeira para comprá-lo?	1	2	99
G 35. O/a senhor/a ouve bem?	1	2	99
G 36. O/a senhor/a usa aparelho auditivo?	1	2	99
G 37. O/a senhor/a enxerga bem?	1	2	99
G 38. O/a senhor/a usa óculos ou lentes de contato?	1	2	99

#### HÁBITOS DE VIDA: TABAGISMO E ALCOOLISMO

Agora eu gostaria de saber sobre alguns de seus hábitos de vida, especificamente **cigarro** e **bebida**.

##### Tabagismo

G 39. O/a senhor/a fuma atualmente?

1. Sim
  2. Não (**ir para a questão G 41**)
99. NR

G 40. Para os que responderam **SIM** à questão

G39, perguntar: “Há quanto tempo o/a senhor/a é fumante?”

\_\_\_\_\_ ano/s \_\_\_\_\_ mês/es

99. NR

G 41. Para os que responderam **NÃO** à questão

G39, perguntar: “Já fumou e largou?”

1. Sim
  2. Não
99. NR

##### Alcoolismo

G 42. Com que frequência o/a senhor/a consome bebidas alcoólicas?

1. Nunca (**ir para a questão G 45**)
  2. Uma vez por mês ou menos
  3. De 2 a 4 vezes por mês
  4. De 2 a 3 vezes por semana
  5. De 4 a mais vezes por semana
99. NR

G 43. Quantas doses de álcool o/a senhor/a consome num dia normal?

1. 0 ou 1
  2. 2 ou 3
  3. 4 ou 5
  4. 6 ou 7
  5. 8 ou mais
99. NR

**G 44.** Com que frequência o senhor/a consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

1. Nunca
2. Menos que uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
99. NR

**AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE**

**G 45.** De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?

5. Excelente
4. Muito boa
3. Boa
2. Regular
1. Muito ruim
99. NR

**G 46.** Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

3. Melhor
2. Igual
1. Pior
99. NR

**G 47.** Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje, em comparação com a de 1 ano atrás

3. Melhor
2. Igual
1. Pior
99. NR

**G 48.** Como o/a senhor/a avalia o cuidado que dedica à sua saúde?

5. Excelente
4. Muito bom
3. Bom
2. Regular
1. Muito ruim
99. NR

**G 49.** Como o/a senhor/a avalia o seu nível de atividade em comparação com o de 1 ano atrás

3. Melhor
2. Igual
1. Pior
99. NR

<b>BLOCO H</b>	<b>ENTREVISTADOR: 1</b> ___
<b>ACESSO A SERVIÇOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS</b>	<b>ASSINATURA:</b>

Agora vamos falar sobre o uso que o/a senhor/a tem feito de serviços médicos e de dentista <b>nos últimos 12 meses:</b>	Sim	Não	NR
<b>H 1.</b> Preciou ser internado no hospital pelo menos por 1 noite? Caso tenha respondido <b>NÃO, ir para a questão H3.</b>	1	2	99
<b>H 2.</b> Para os que responderem <b>SIM</b> , perguntar: “Considerando todas as vezes que o/a senhora/a foi internado/a, qual foi o maior tempo de permanência no hospital”?			99
<b>H 3.</b> O/a senhor/a recebeu em sua casa a visita de algum profissional da área da saúde? (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo?)	1	2	99
<b>H 4.</b> Quantas vezes o/a senhor/a foi a uma consulta médica (qualquer especialidade)? _____ vezes/ano Se respondeu <b>NENHUMA, ir para a questão H5)</b>			99
<b>H 5.</b> Se o idoso respondeu <b>NENHUMA</b> , perguntar: “Qual o principal motivo de não ter ido ao médico <b>nos últimos 12 meses?</b> ” 1. Preciou, mas não quis ir 2. Preciou, mas teve dificuldade de conseguir consulta 3. A consulta foi marcada, mas teve dificuldade para ir 4. Não precisou			99

<b>H 6.</b> Quando o/a senhor/a tem necessidade de atendimento médico, que tipo de serviço de saúde o/a senhor/a procura com maior frequência: 1. Rede pública de saúde ou SUS (centros de saúde, ambulatórios e clínicas) 2. Clínicas, consultórios e hospitais ligados a convênios ou planos privados de saúde 3. Clínicas, consultórios e hospitais particulares pagos diretamente pelo paciente			99
<b>H 7.</b> O/a senhor/a tem plano ou seguro particular de serviços médicos?	1	2	99
<b>H 8.</b> Para aqueles que responderam <b>SIM</b> , perguntar: “Quem paga o seu plano de saúde particular? 1. O/a próprio/a idoso/a 2. Um filho ou filha 3. Outro _____ O senhor tomou as seguintes vacinas?			99
<b>H 9.</b> Contra gripe, nos últimos 12 meses.	1	2	99
<b>H 10.</b> Contra tétano, nos últimos 10 anos	1	2	99
<b>H 11.</b> Quantas vezes o/a senhor/a foi ao dentista nos últimos 12 meses? _____			99

<b>H 601.</b> Se o idoso respondeu <b>NENHUMA</b> , perguntar: “Qual o <u>principal</u> motivo de não ter ido ao dentista <b>nos últimos 12 meses</b> ?” 1. Precisou, mas não quis ir 2. Precisou, mas teve dificuldade de conseguir consulta 3. A consulta foi marcada, mas teve dificuldade para ir 4. Não precisou			99
<b>H 602.</b> Quando o senhor/a tem necessidade de atendimento dentário, que tipo de serviço o senhor/a procura com maior frequência: 1. Rede pública de saúde ou SUS 2. Clínicas e consultórios ligados a convênios ou planos privados de saúde 3. Clínicas e consultórios particulares pagos diretamente pelo paciente			99
<b>H 603.</b> O senhor/a tem plano ou seguro particular de serviços dentários?	1	2	99
<b>H 604.</b> Para aqueles que responderam <b>SIM</b> , perguntar: “Quem mantém o seu plano de serviços dentários particular? 1. O/a próprio/a idoso/a 2. Um filho ou filha 3. Outro _____			99

**BLOCO I**

SAÚDE BUCAL E CONDIÇÕES FUNCIONAIS DA ALIMENTAÇÃO

ENTREVISTADOR: 1 \_\_

ASSINATURA:

Agora vamos falar sobre seus <b>dentes</b> .	Sim	Não	NR
<b>I 601.</b> O/a senhor/a tem algum dente natural?	1	2	99
<b>I 602.</b> O/a senhor/a usa dentadura? Caso tenha respondido <b>NÃO</b> , ir para a questão <b>I 606</b>	1	2	99
<b>I 603.</b> Em qual arcada usa dentadura? 1. Superior 2. Inferior 3. Ambas			99
<b>I 604.</b> A sua dentadura machuca ou cai?	1	2	99

<b>I 605.</b> O/a senhor/a se alimenta com a dentadura?	1	2	99
<b>I 606.</b> Teve dor nos dentes <b>nos últimos 6 meses?</b> 1. Nenhuma 2. Pouca 3. Moderada 4. Muita			99
<b>I 607.</b> Tem sentido sua boca seca <b>nas últimas 4 semanas?</b>	1	2	99
<b>I 608.</b> Tem alguma ferida na língua, bochecha, céu da boca ou lábio, presente/s <b>há mais de 1 mês?</b>	1	2	99
<b>I 609.</b> Como o/a senhor/a avalia a sua saúde bucal? 4. Ótima 3. Boa 2. Regular 1. Ruim			99

Agora eu gostaria de saber sobre possíveis mudanças ou dificuldades para se <b>alimentar</b> que o/a senhor/a tem sentido <b>nos últimos 12 meses.</b>	Sim	Não	NR
<b>I 610.</b> Dificuldade para mastigar e engolir os alimentos?	1	2	99
<b>I 611.</b> Mudança no paladar ou dificuldade para perceber e diferenciar os sabores?	1	2	99
<b>I 612.</b> Dificuldade ou dor para mastigar comida dura?	1	2	99
<b>I 613.</b> Dificuldade ou dor para engolir?	1	2	99
<b>I 614.</b> Sensação de alimento parado ou entalado?	1	2	99
<b>I 615.</b> Retorno do alimento da garganta para a boca ou para o nariz?	1	2	99
<b>I 616.</b> Pigarro depois de comer alguma coisa?	1	2	99
<b>I 617.</b> Engasgos ao se alimentar ou ingerir líquidos?	1	2	99
<b>I 618.</b> Necessidade de tomar líquido para ajudar a engolir o alimento?	1	2	99
<b>I 619.</b> Uso de remédios para aliviar a dor de dentes?	1	2	99

**BLOCO J**  
**CAPACIDADE FUNCIONAL PARA AAVDS,**  
**AIVDS E ABVDS E EXPECTATIVA DE CUIDADO**

**ENTREVISTADOR: 1\_\_**  
**ASSINATURA:**

#### AAVDS

Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes <b>atividades:</b>	Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz	NR
<b>J 1.</b> Fazer visitas na casa de outras pessoas	1	2	3	99
<b>J 2.</b> Receber visitas em sua casa	1	2	3	99
<b>J 3.</b> Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	1	2	3	99
<b>J 4.</b> Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	1	2	3	99
<b>J 5.</b> Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	1	2	3	99
<b>J 6.</b> Dirigir automóvel	1	2	3	99
<b>J 7.</b> Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	1	2	3	99
<b>J 8.</b> Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	1	2	3	99

<b>J 9.</b> Fazer trabalho voluntário	1	2	3	99
<b>J 10.</b> Fazer trabalho remunerado	1	2	3	99
<b>J 11.</b> Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	1	2	3	99
<b>J 12.</b> Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade ou de algum curso de atualização.	1	2	3	99
<b>J 13.</b> Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos.	1	2	3	99

#### AIVDS

Agora eu vou perguntar sobre a sua <b>independência</b> para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:	Resultado
<b>J 14. Usar o telefone</b> 1. <b>I:</b> É capaz de discar os números e atender sem ajuda? 2. <b>A:</b> É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? 3. <b>D:</b> É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)	_____ 99. NR
<b>J 15. Uso de transporte</b> 1. <b>I:</b> É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? 2. <b>A:</b> É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? 3. <b>D:</b> É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?	_____ 99. NR
<b>J 16. Fazer compras</b> 1. <b>I:</b> É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? 2. <b>A:</b> É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? 3. <b>D:</b> É incapaz de fazer compras?	_____ 99. NR
<b>J 17. Preparo de alimentos</b> 1. <b>I:</b> Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? 2. <b>A:</b> É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? 3. <b>D:</b> É incapaz de preparar qualquer refeição?	_____ 99. NR
<b>J 18. Tarefas domésticas</b> 1. <b>I:</b> É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? 2. <b>A:</b> É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? 3. <b>D:</b> É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?	_____ 99. NR
<b>J 19. Uso de medicação</b> 1. <b>I:</b> É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda? 2. <b>A:</b> É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? 3. <b>D:</b> É incapaz de tomar medicação sem ajuda?	_____ 99. NR
<b>J 20. Manejo do dinheiro</b> 1. <b>I:</b> É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? 2. <b>A:</b> Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? 3. <b>D:</b> É incapaz de realizar estas atividades?	_____ 99. NR
<b>J 21.</b> Soma de Is	_____
<b>J 22.</b> Soma de As	_____
<b>J 23.</b> Soma de Ds	_____

## ABVDs

Vou continuar lhe perguntando sobre a sua <b>independência</b> para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:	<b>Resultado</b>
<p><b>J 24. Tomar banho</b> (leito, banheira ou chuveiro)</p> <p>1. <b>I:</b> Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho).            2. <b>A:</b> Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (por ex. as costas ou uma perna).            3. <b>D:</b> Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.</p>	<p>_____</p> <p>99. NR</p>
<p><b>J 25. Vestir-se</b> (pega as roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive de órteses e próteses, quando forem utilizadas e veste-se completamente sem ajuda)</p> <p>1. <b>I:</b> Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.            2. <b>A:</b> Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.            3. <b>D:</b> Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas</p>	<p>_____</p> <p>99. NR</p>
<p><b>J 26. Usar o vaso sanitário</b></p> <p>1. <b>I:</b> Ida ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-os de manhã)            2. <b>A:</b> Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou o urinol à noite.            3. <b>D:</b> Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>_____</p> <p>99. NR</p>
<p><b>J 27. Transferência</b></p> <p>1. <b>I:</b> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)            2. <b>A:</b> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda            3. <b>D:</b> Não sai da cama</p>	<p>_____</p> <p>99. NR</p>
<p><b>J 28. Controle esfinteriano</b></p> <p>1. <b>I:</b> Controla inteiramente a evacuação e a micção            2. <b>A:</b> Tem “acidentes” ocasionais            3. <b>D:</b> Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente</p>	<p>_____</p> <p>99. NR</p>
<p><b>J 29. Alimentar-se</b></p> <p>1. <b>I:</b> Alimenta-se sem ajuda            2. <b>A:</b> Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão            3. <b>D:</b> Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos</p>	<p>_____</p> <p>99. NR</p>
<p><b>J 30. TOTAL:</b> _____</p> <p>0: independente em todas as seis funções            1: independente em cinco funções e dependente em uma função            2: independente em quatro funções e dependente em duas            3: independente em três funções e dependente em três            4: independente em duas funções e dependente em quatro            5: independente em uma função e dependente em cinco            6: dependente em todas as seis funções</p>	

EXPECTATIVA DE CUIDADO	Sim	Não	NR
<b>J 31.</b> Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades citadas anteriormente, o/a senhor/a tem com quem contar?	1	2	99
Para aqueles que responderam <b>SIM</b> , perguntar: "Quem é essa pessoa?"			
<b>J 32.</b> Cônjuge ou companheiro/a	1	2	99
<b>J 33.</b> Filha ou nora	1	2	99
<b>J 34.</b> Filho ou genro	1	2	99
<b>J 35.</b> Outro parente	1	2	99
<b>J 36.</b> Um/a vizinho/a ou amigo/a	1	2	99
<b>J 37.</b> Um profissional pago	1	2	99

<b>BLOCO L</b>	<b>ENTREVISTADOR: 1 __</b>
<b>SUORTE SOCIAL PERCEBIDO</b>	<b>ASSINATURA:</b>

Eu gostaria de saber a facilidade que o/a senhor/a encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas.	Nunca	Às vezes (1-2 dias/semana)	Maioria das vezes (3-4 dias/semana)	Sempre (5-7 dias na semana)	NR
<b>L 601.</b> O/a senhor/a diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho.	1	2	3	4	99
<b>L 602.</b> O/a senhor/a diria que encontra e conversa com amigos e familiares.	1	2	3	4	99
<b>L 603.</b> O/a senhor/a teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente.	1	2	3	4	99
<b>L 604.</b> O/a senhor/a tem com quem contar quando você precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	1	2	3	4	99
<b>L 605.</b> O/a senhor/a tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente.	1	2	3	4	99

<b>BLOCO M</b>	<b>ENTREVISTADOR: 1 __</b>
<b>DEPRESSÃO</b>	<b>ASSINATURA:</b>

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a vem se sentindo <u>na última semana.</u>	Sim	Não	NR
<b>M 1.</b> O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?	1	2	99
<b>M 2.</b> O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	2	99
<b>M 3.</b> O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?	1	2	99
<b>M 4.</b> O/a senhor/a se aborrece com frequência?	1	2	99
<b>M 5.</b> O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	99
<b>M 6.</b> O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	2	99
<b>M 7.</b> O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?	1	2	99
<b>M 8.</b> O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?	1	2	99
<b>M 9.</b> O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	2	99
<b>M 10.</b> O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	2	99

M 11. O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?	1	2	99
M 12. O/a senhor/a se sente um/a inútil nas atuais circunstâncias?	1	2	99
M 13. O/a senhor/a se sente cheio/a de energia?	1	2	99
M 14. O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança?	1	2	99
M 15. O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?	1	2	99
<b>M 16. Pontuação total na Escala de Depressão Geriátrica</b>			

#### SINTOMAS DEPRESSIVOS

Pensando <b>na última semana</b> , gostaria que o/a senhor/a me dissesse se sentiu ou viveu alguma/s das situações que vou dizer, e por quantas vezes tais situações ocorreram.	Fator	Nunca ou raramente	Poucas vezes	Quase sempre	Sempre	NR
M 601. Sentiu-se incomodado/a com coisas que normalmente não o/a incomodam.	2	1	2	3	4	99
M 602. Sentiu falta de vontade de comer, pouco apetite.	3	1	2	3	4	99
M 603. Sentiu que seu estado de ânimo não melhorou, mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	3	1	2	3	4	99
M 604. Comparando-se com outras pessoas, achou que tinha tanto valor quanto elas.	3	1	2	3	4	99
M 605. Sentiu dificuldade em se concentrar no que estava fazendo.	2	1	2	3	4	99
M 606. Sentiu-se deprimido/a.	1	1	2	3	4	99
M 607. Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas de todo dia.	2	1	2	3	4	99
M 608. Sentiu-me otimista em relação ao futuro.	3	1	2	3	4	99
M 609. Pensou que sua vida é um fracasso.	1	1	2	3	4	99
M 610. Sentiu-se amedrontado/a.	1	1	2	3	4	99
M 611. Teve sono instável e não conseguiu descansar.	4*	1	2	3	4	99
M 612. Sentiu-se feliz.	3	1	2	3	4	99
M 613. Falou menos do que costuma.	1	1	2	3	4	99
M 614. Sentiu-se sozinho/a.	1	1	2	3	4	99
M 615. Achou que as pessoas não foram gentis com o/a senhor/a.	4*	1	2	3	4	99
M 616. Sentiu que consegue aproveitar bem a vida.	3	1	2	3	4	99
M 617. Teve crises de choro.	1	1	2	3	4	99
M 618. Sentiu-se triste.	1	1	2	3	4	99
M 619. Sentiu que as pessoas não gostam do/a senhor/a.	1	1	2	3	4	99
M 620. Sentiu que não conseguiu levar adiante as suas coisas.	1	1	2	3	4	99

\*4 – Não interpretado

<b>BLOCO N</b> <b>SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA E</b> <b>REFERENCIADA A DOMÍNIOS</b>	<b>ENTREVISTADOR: 1 __</b> <b>ASSINATURA:</b>
---	--

	Pouco	Mais ou menos	Muito	NR
<b>N 1.</b> O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua vida hoje?	1	2	3	99
<b>N 2.</b> Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o/a senhor/a diria que está satisfeito/a com a sua vida?	1	2	3	99
<b>N 3.</b> O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia?	1	2	3	99
<b>N 4.</b> O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia?	1	2	3	99
<b>N 5.</b> O/a senhora/a está satisfeito/a com as suas amizades e relações familiares?	1	2	3	99
<b>N 6.</b> O/a senhor/a está satisfeito/a com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive?	1	2	3	99
<b>N 7.</b> O/a senhor/a está satisfeito/a com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	99
<b>N 8.</b> O/a senhor/a está satisfeito/a com os meios de transporte de que dispõe?	1	2	3	99

**N 9.** Em sua opinião, o que é uma velhice saudável? (**registrar literalmente as respostas do idoso**)

---



---



---



---



---



---



---



---

<b>BLOCO O</b> <b>PERCEÇÃO E AUTO-IMAGEM</b>	<b>ENTREVISTADOR: 1 __</b> <b>ASSINATURA:</b>
---	--

**O 601.** O/a senhor/a se sente idoso/a?

1. Sim
  2. Não
  3. Às vezes
99. NR

**O 602.** Na sua opinião, em que idade começa a velhice? \_\_\_\_\_ anos

1. Não existe uma idade certa
99. NR

**O 603.** O que é para o/a senhor/a, em uma palavra, uma boa velhice? (**registrar literalmente as respostas do idoso**)

---



---



---



---

<b>ORIENTAÇÃO EM SAÚDE OFERECIDA POR:</b>	<b>NOME:</b> _____ <b>CÓDIGO: 1 __</b> <b>ASSINATURA:</b>
---	---

**O MATERIAL SOBRE SAÚDE FOI FORNECIDO?** ( ) SIM ( ) NÃO

**TÉRMINO DA SESSÃO DE COLETA DE DADOS:** \_\_\_ h \_\_\_ min

**DURAÇÃO DA SESSÃO DE COLETA DE DADOS:** \_\_\_ h \_\_\_ min

## ANEXO 4

**Tabela 1. Análise descritiva das variáveis categóricas.**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">FAIXA ETÁRIA</th> </tr> <tr> <th>Grupoidade</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>65-69</td><td>146</td><td>38.02</td></tr> <tr><td>70-74</td><td>121</td><td>31.51</td></tr> <tr><td>75-79</td><td>65</td><td>16.93</td></tr> <tr><td>&gt;=80</td><td>52</td><td>13.54</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">GÊNERO</th> </tr> <tr> <th>B3_Genero</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>MASCULIN</td><td>126</td><td>32.81</td></tr> <tr><td>FEMININO</td><td>258</td><td>67.19</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE ESCOLARIDADE</th> </tr> <tr> <th>B12_Escolaridade</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NUNCAFOI</td><td>67</td><td>17.54</td></tr> <tr><td>ALFABETI</td><td>8</td><td>2.09</td></tr> <tr><td>PRIMÁRIO</td><td>230</td><td>60.21</td></tr> <tr><td>GINÁSIO</td><td>65</td><td>17.02</td></tr> <tr><td>CIENTÍFI</td><td>7</td><td>1.83</td></tr> <tr><td>SUPERIOR</td><td>3</td><td>0.79</td></tr> <tr><td>MESTR/DT</td><td>2</td><td>0.52</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 2</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ANOS DE ESCOLARIDADE</th> </tr> <tr> <th>B13_Anosdeescolaridade</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>69</td><td>18.02</td></tr> <tr><td>1-4</td><td>236</td><td>61.62</td></tr> <tr><td>5-8</td><td>64</td><td>16.71</td></tr> <tr><td>&gt;=9</td><td>14</td><td>3.66</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 1</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">RENDA FAMILIAR (SM)</th> </tr> <tr> <th>Renda Familiar</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>&lt;=1.0 SM</td><td>28</td><td>8.75</td></tr> <tr><td>1.1-3.0</td><td>172</td><td>53.75</td></tr> <tr><td>3.1-5.0</td><td>76</td><td>23.75</td></tr> <tr><td>5.1-10.0</td><td>34</td><td>10.63</td></tr> <tr><td>&gt;10.0 SM</td><td>10</td><td>3.13</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 64</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">NÚMERO DE DOENÇAS/COMORBIDADES</th> </tr> <tr> <th>Num Doencas</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>35</td><td>11.59</td></tr> <tr><td>1-2</td><td>165</td><td>54.64</td></tr> <tr><td>&gt;=3</td><td>102</td><td>33.77</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DOENÇAS AUTO-RELATADAS</th> </tr> <tr> <th>G1_coracao</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>69</td><td>22.85</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>233</td><td>77.15</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p>	FAIXA ETÁRIA			Grupoidade	Frequency	Percent	65-69	146	38.02	70-74	121	31.51	75-79	65	16.93	>=80	52	13.54	GÊNERO			B3_Genero	Frequency	Percent	MASCULIN	126	32.81	FEMININO	258	67.19	NÍVEL DE ESCOLARIDADE			B12_Escolaridade	Frequency	Percent	NUNCAFOI	67	17.54	ALFABETI	8	2.09	PRIMÁRIO	230	60.21	GINÁSIO	65	17.02	CIENTÍFI	7	1.83	SUPERIOR	3	0.79	MESTR/DT	2	0.52	ANOS DE ESCOLARIDADE			B13_Anosdeescolaridade	Frequency	Percent	0	69	18.02	1-4	236	61.62	5-8	64	16.71	>=9	14	3.66	RENDA FAMILIAR (SM)			Renda Familiar	Frequency	Percent	<=1.0 SM	28	8.75	1.1-3.0	172	53.75	3.1-5.0	76	23.75	5.1-10.0	34	10.63	>10.0 SM	10	3.13	NÚMERO DE DOENÇAS/COMORBIDADES			Num Doencas	Frequency	Percent	0	35	11.59	1-2	165	54.64	>=3	102	33.77	DOENÇAS AUTO-RELATADAS			G1_coracao	Frequency	Percent	SIM	69	22.85	NÃO	233	77.15	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G2_pressao_ alta</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>194</td><td>64.45</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>107</td><td>35.55</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 83</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G3_derrame</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>28</td><td>9.27</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>274</td><td>90.73</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G4_diabetes</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>73</td><td>24.25</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>228</td><td>75.75</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 83</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G5_tumor</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>21</td><td>6.95</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>281</td><td>93.05</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G6_artrite</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>109</td><td>36.21</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>192</td><td>63.79</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 83</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G7_pulmonar</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>36</td><td>11.96</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>265</td><td>88.04</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 83</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G8_Depressao</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>51</td><td>16.89</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>251</td><td>83.11</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G9 Osteoporose</th> </tr> <tr> <th>PerCent</th> <th>Frequency</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>--</td><td>SIM</td><td>79</td></tr> <tr><td>26.25</td><td>NÃO</td><td>222</td></tr> <tr><td>73.75</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 83</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">PROBLEMAS DE SAÚDE</th> </tr> <tr> <th>G10_urina</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>94</td><td>31.13</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>208</td><td>68.87</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p>	G2_pressao_ alta				Frequency	Percent	SIM	194	64.45	NÃO	107	35.55	G3_derrame				Frequency	Percent	SIM	28	9.27	NÃO	274	90.73	G4_diabetes				Frequency	Percent	SIM	73	24.25	NÃO	228	75.75	G5_tumor				Frequency	Percent	SIM	21	6.95	NÃO	281	93.05	G6_artrite				Frequency	Percent	SIM	109	36.21	NÃO	192	63.79	G7_pulmonar				Frequency	Percent	SIM	36	11.96	NÃO	265	88.04	G8_Depressao				Frequency	Percent	SIM	51	16.89	NÃO	251	83.11	G9 Osteoporose			PerCent	Frequency		--	SIM	79	26.25	NÃO	222	73.75			PROBLEMAS DE SAÚDE			G10_urina	Frequency	Percent	SIM	94	31.13	NÃO	208	68.87	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G11_fezes</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>15</td><td>4.98</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>286</td><td>95.02</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 83</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G12_ tristeza</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>117</td><td>38.74</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>185</td><td>61.26</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G13_ganho_ peso</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>82</td><td>27.70</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>214</td><td>72.30</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 88</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G14_perda_ apetite</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>79</td><td>26.33</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>221</td><td>73.67</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 84</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G15_ quedas</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>83</td><td>28.23</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>211</td><td>71.77</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 90</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G15_quantas_ quedas</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>44</td><td>55.00</td></tr> <tr><td>2</td><td>17</td><td>21.25</td></tr> <tr><td>&gt;=3</td><td>19</td><td>23.75</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 304</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G17_fratu_ ultimas_ semanas</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>16</td><td>19.51</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>66</td><td>80.49</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 302</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G23_ acamado</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>41</td><td>13.71</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>258</td><td>86.29</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 85</p>	G11_fezes				Frequency	Percent	SIM	15	4.98	NÃO	286	95.02	G12_ tristeza				Frequency	Percent	SIM	117	38.74	NÃO	185	61.26	G13_ganho_ peso				Frequency	Percent	SIM	82	27.70	NÃO	214	72.30	G14_perda_ apetite				Frequency	Percent	SIM	79	26.33	NÃO	221	73.67	G15_ quedas				Frequency	Percent	SIM	83	28.23	NÃO	211	71.77	G15_quantas_ quedas				Frequency	Percent	1	44	55.00	2	17	21.25	>=3	19	23.75	G17_fratu_ ultimas_ semanas				Frequency	Percent	SIM	16	19.51	NÃO	66	80.49	G23_ acamado				Frequency	Percent	SIM	41	13.71	NÃO	258	86.29
FAIXA ETÁRIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Grupoidade	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
65-69	146	38.02																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
70-74	121	31.51																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
75-79	65	16.93																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
>=80	52	13.54																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
GÊNERO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
B3_Genero	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
MASCULIN	126	32.81																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
FEMININO	258	67.19																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÍVEL DE ESCOLARIDADE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
B12_Escolaridade	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NUNCAFOI	67	17.54																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ALFABETI	8	2.09																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
PRIMÁRIO	230	60.21																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
GINÁSIO	65	17.02																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
CIENTÍFI	7	1.83																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SUPERIOR	3	0.79																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
MESTR/DT	2	0.52																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ANOS DE ESCOLARIDADE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
B13_Anosdeescolaridade	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
0	69	18.02																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
1-4	236	61.62																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
5-8	64	16.71																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
>=9	14	3.66																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
RENDA FAMILIAR (SM)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Renda Familiar	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<=1.0 SM	28	8.75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
1.1-3.0	172	53.75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
3.1-5.0	76	23.75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
5.1-10.0	34	10.63																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
>10.0 SM	10	3.13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÚMERO DE DOENÇAS/COMORBIDADES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Num Doencas	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
0	35	11.59																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
1-2	165	54.64																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
>=3	102	33.77																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
DOENÇAS AUTO-RELATADAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
G1_coracao	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	69	22.85																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	233	77.15																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G2_pressao_ alta																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	194	64.45																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	107	35.55																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G3_derrame																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	28	9.27																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	274	90.73																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G4_diabetes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	73	24.25																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	228	75.75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G5_tumor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	21	6.95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	281	93.05																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G6_artrite																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	109	36.21																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	192	63.79																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G7_pulmonar																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	36	11.96																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	265	88.04																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G8_Depressao																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	51	16.89																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	251	83.11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G9 Osteoporose																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
PerCent	Frequency																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
--	SIM	79																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
26.25	NÃO	222																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
73.75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
PROBLEMAS DE SAÚDE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
G10_urina	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	94	31.13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	208	68.87																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G11_fezes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	15	4.98																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	286	95.02																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G12_ tristeza																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	117	38.74																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	185	61.26																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G13_ganho_ peso																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	82	27.70																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	214	72.30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G14_perda_ apetite																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	79	26.33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	221	73.67																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G15_ quedas																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	83	28.23																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	211	71.77																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G15_quantas_ quedas																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
1	44	55.00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
2	17	21.25																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
>=3	19	23.75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G17_fratu_ ultimas_ semanas																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	16	19.51																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	66	80.49																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
G23_ acamado																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Frequency	Percent																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SIM	41	13.71																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NÃO	258	86.29																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

**Tabela 1 (cont). Análise descritiva das variáveis categóricas.**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G25_ memoria</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>155</td><td>51.32</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>147</td><td>48.68</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">G605_ medo_ cair</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SIM</td><td>155</td><td>51.32</td></tr> <tr><td>NÃO</td><td>147</td><td>48.68</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 82</p>	G25_ memoria				Frequency	Percent	SIM	155	51.32	NÃO	147	48.68	G605_ medo_ cair				Frequency	Percent	SIM	155	51.32	NÃO	147	48.68	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">SAÚDE PERCEBIDA</th> </tr> <tr> <th>G45_avalia_ saude</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>MTO RUIM</td><td>25</td><td>8.31</td></tr> <tr><td>REGULAR</td><td>116</td><td>38.54</td></tr> <tr><td>BOA</td><td>122</td><td>40.53</td></tr> <tr><td>MTO BOA</td><td>17</td><td>5.65</td></tr> <tr><td>EXCELENT</td><td>21</td><td>6.98</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 83</p>	SAÚDE PERCEBIDA			G45_avalia_ saude	Frequency	Percent	MTO RUIM	25	8.31	REGULAR	116	38.54	BOA	122	40.53	MTO BOA	17	5.65	EXCELENT	21	6.98	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DEPRESSÃO (GDS)</th> </tr> <tr> <th>Depressao GDS</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SEM DEPR</td><td>240</td><td>79.21</td></tr> <tr><td>COM DEPR</td><td>63</td><td>20.79</td></tr> </tbody> </table> <p>Frequency Missing = 81</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">NÚMERO DE PROBLEMAS DE SAÚDE</th> </tr> <tr> <th>NumProbl</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>155</td><td>51.32</td></tr> <tr><td>2</td><td>147</td><td>48.68</td></tr> </tbody> </table>	DEPRESSÃO (GDS)			Depressao GDS	Frequency	Percent	SEM DEPR	240	79.21	COM DEPR	63	20.79	NÚMERO DE PROBLEMAS DE SAÚDE			NumProbl	Frequency	Percent	1	155	51.32	2	147	48.68
G25_ memoria																																																																							
	Frequency	Percent																																																																					
SIM	155	51.32																																																																					
NÃO	147	48.68																																																																					
G605_ medo_ cair																																																																							
	Frequency	Percent																																																																					
SIM	155	51.32																																																																					
NÃO	147	48.68																																																																					
SAÚDE PERCEBIDA																																																																							
G45_avalia_ saude	Frequency	Percent																																																																					
MTO RUIM	25	8.31																																																																					
REGULAR	116	38.54																																																																					
BOA	122	40.53																																																																					
MTO BOA	17	5.65																																																																					
EXCELENT	21	6.98																																																																					
DEPRESSÃO (GDS)																																																																							
Depressao GDS	Frequency	Percent																																																																					
SEM DEPR	240	79.21																																																																					
COM DEPR	63	20.79																																																																					
NÚMERO DE PROBLEMAS DE SAÚDE																																																																							
NumProbl	Frequency	Percent																																																																					
1	155	51.32																																																																					
2	147	48.68																																																																					

SIM	181	60.13							Saude	Frequency	Percent
NÃO	120	39.87							0	21	6.95
Frequency Missing = 83									1-2	123	40.73
									>=3	158	52.32
									Frequency Missing = 82		

**Tabela 2.** Análise descritiva das variáveis numéricas.

VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	Q1	MEDIANA	Q3	MÁX
B1_Idade	384	72.32	5.77	65.00	68.00	71.00	76.00	92.00 -> IDADE
B13_Anosdeescolaridade	383	3.42	2.82	0.00	1.00	4.00	4.00	21.00 -> ANOS DE ESCOLARIDADE
B25_rendafamiliar	320	1438	1330	0.00	800.0	1048	1500	10000 -> RENDA FAMILIAR (R\$)
RendaFamiliar	320	3.38	3.10	0.00	1.93	2.48	3.61	24.10 -> RENDA FAMILIAR (SM)
NumDoencas	302	2.19	1.54	0.00	1.00	2.00	3.00	7.00 -> NÚMERO DE DOENÇAS
NumProblSaude	302	2.86	1.81	0.00	1.00	3.00	4.00	9.00 -> NÚMERO DE PROBLEMAS DE SAÚDE
M16_GDSTOTAL	303	3.42	2.60	0.00	1.00	3.00	5.00	13.00 -> ESCORE DE DEPRESSÃO (GDS)

## Análise Comparativa do Escore de Depressão da GDS

**Tabela 3.** Análise comparativa do escore de depressão da GDS entre variáveis categóricas.

B3_Genero	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
MASCULIN	106	2.84	2.35	0.00	2.00	13.00	<b>P=0.002</b>
FEMININO	197	3.74	2.68	0.00	<b>3.00</b>	13.00	

Grupoidade	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
65-69	123	3.26	2.54	0.00	3.00	13.00	P=0.781
70-74	98	3.54	2.74	0.00	3.00	10.00	
75-79	49	3.33	2.27	0.00	3.00	8.00	
>=80	33	3.82	2.90	0.00	3.00	13.00	

B13_Anosdeescolaridade	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
0	55	4.47	2.71	0.00	<b>4.00</b>	10.00	<b>P&lt;0.001</b> -> '0'≠'1-4'; '0'≠'5'
1-4	194	3.28	2.47	0.00	3.00	13.00	
>=5	53	2.79	2.71	0.00	2.00	13.00	

Renda Familiar	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
<=1.0 SM	21	3.57	2.98	0.00	3.00	10.00	<b>P=0.019</b> -> '1.1-3.0'≠'5.0'
1.1-3.0	138	<b>3.64</b>	2.58	0.00	3.00	13.00	
3.1-5.0	64	3.53	2.79	0.00	3.00	13.00	
>5.0 SM	34	2.21	1.92	0.00	2.00	8.00	

\* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

\*\* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre 3 ou mais grupos.

**Tabela 3 (cont).** Análise comparativa do escore de depressão da GDS entre variáveis categóricas.

Num Doencas	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
0	35	3.54	3.05	0.00	3.00	13.00	<b>P=0.005</b> -> '1-2'≠'3'
1-2	162	2.90	2.17	0.00	2.50	10.00	
>=3	102	4.04	2.82	0.00	<b>3.50</b>	13.00	

NumProbl Saude	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
0	21	1.29	1.27	0.00	1.00	5.00	<b>P&lt;0.001</b> -> '0'≠'1-2', '0'≠'3', '1-2'≠'3'
1-2	122	2.25	1.71	0.00	2.00	8.00	
>=3	156	4.52	2.69	0.00	<b>4.00</b>	13.00	

G45_avalia_saude	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
RUIM/REG	140	4.34	2.82	0.00	<b>4.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b> -> 'RUIM/REG'≠'BOA', 'RUIM/REG'≠'MBOA/EXC'
BOA	120	2.67	1.94	0.00	2.00	10.00	
MBOA/EXC	38	2.05	1.99	0.00	1.50	8.00	

\* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

\*\* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre 3 ou mais grupos.

## Análise de Correlação entre Variáveis Numéricas

Tabela 4. Correlações entre variáveis numéricas e escore de depressão da GDS.

	B1_Idade	B13_Anosdeescolaridade	Renda Familiar	Num Doencas	Num Probl Saude
M16_GDSTOTAL*	r= 0.06269 P= 0.2767 n= 303	-0.22972 <.0001 302	-0.18936 0.0023 257	0.19774 0.0006 299	0.54330 <.0001 299

\* r=coeficiente de correlação de Spearman; P=Valor-P; n=número de sujeitos.

## Análise de Regressão Linear para Escore de Depressão da GDS

Tabela 5. Análise de regressão linear univariada para escore de depressão da GDS (n=303).

Variável	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R <sup>2</sup>
Sexo	Masculino (ref.)	---		
	Feminino	0.896 (0.310)	<b>0.004</b>	0.0271
Idade	Variável contínua (anos)	0.026 (0.028)	0.343	0.0030
Escolaridade	Variável contínua (anos)	-0.212 (0.056)	<b>&lt;0.001</b>	0.0453
Renda familiar	Variável contínua (SM)	-0.119 (0.055)	<b>0.032</b>	0.0178
Número de doenças auto-relatadas	Variável contínua	0.415 (0.093)	<b>&lt;0.001</b>	0.0625
Número de problemas de saúde	Variável contínua	0.760 (0.069)	<b>&lt;0.001</b>	0.2895
Saúde percebida	Muito boa/Excelente (ref.)	---		
	Boa	0.614 (0.447)	0.170	
	Muito ruim/Regular	2.283 (0.439)	<b>&lt;0.001</b>	0.1310

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Ref: nível de referência.

Tabela 6. Análise de regressão linear multivariada para escore de depressão da GDS (n=254).

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R <sup>2</sup> Parcial
1. Número de problemas de saúde	Variável contínua	0.635 (0.080)	<b>&lt;0.001</b>	0.2727
	Muito boa/Excelente (ref.)	---		
2. Saúde percebida	Boa	0.316 (0.443)	0.476	
	Muito ruim/Regular	1.064 (0.451)	<b>0.019</b>	0.0308
3. Escolaridade	Variável contínua (anos)	-0.137 (0.054)	<b>0.011</b>	0.0177

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R<sup>2</sup> Total: 0.3212. Intercepto (EP): 1.365 (0.468); P=0.004.

## Análise Comparativa entre Problemas de Saúde e Saúde Percebida

Tabela 7. Comparação entre as principais variáveis categóricas de interesse.

NumDoencas G45_avalia_saude					NumProblSaude G45_avalia_saude				
Frequency,	Row Pct	,RUIIM/REG,BOA	,MBOA/EXC,	Total	Frequency,	Row Pct	,RUIIM/REG,BOA	,MBOA/EXC,	Total
0	, 11	, 17	, 7	35	0	, 3	, 7	, 11	21
	, 31.43	, <b>48.57</b>	, <b>20.00</b>			, 14.29	, 33.33	, <b>52.38</b>	
1-2	, 60	, 78	, 26	164	1-2	, 44	, 61	, 18	123
	, 36.59	, <b>47.56</b>	, 15.85			, 35.77	, <b>49.59</b>	, 14.63	
>=3	, 70	, 27	, 5	102	>=3	, 94	, 54	, 9	157
	, <b>68.63</b>	, 26.47	, 4.90			, <b>59.87</b>	, 34.39	, 5.73	
Total	141	122	38	301	Total	141	122	38	301
TESTE QUI-QUADRADO: X2=31.01; GL=4; P<0.001					TESTE QUI-QUADRADO: X2=50.47; GL=4; P<0.001				

Tabela 7 (cont). Comparação entre as principais variáveis categóricas de interesse.

DoencaSaudeP DepressaoGDS				Probl_SaudeP DepressaoGDS			
Frequency,	Row Pct	,SEM DEPR,COM DEPR,	Total	Frequency,	Row Pct	,SEM DEPR,COM DEPR,	Total
S/Doen Boa	, 22	, 2	24	S/Doen Boa	, 18	, 0	18
	, <b>91.67</b>	, 8.33			, <b>100.00</b>	, 0.00	
S/Doen Ruim	, 6	, 5	11	S/Doen Ruim	, 3	, 0	3
	, 54.55	, <b>45.45</b>			, <b>100.00</b>	, 0.00	

C/Doen Boa	124	10	134	C/Doen Boa	128	12	140
	<b>92.54</b>	7.46			<b>91.43</b>	8.57	
C/Doen Ruim	87	42	129	C/Doen Ruim	90	47	137
	67.44	<b>32.56</b>			65.69	<b>34.31</b>	
Total	239	59	298	Total	239	59	298
TESTE QUI-QUADRADO: X2=32.62; GL=3; P<0.001				TESTE EXATO DE FISHER: P<0.001			

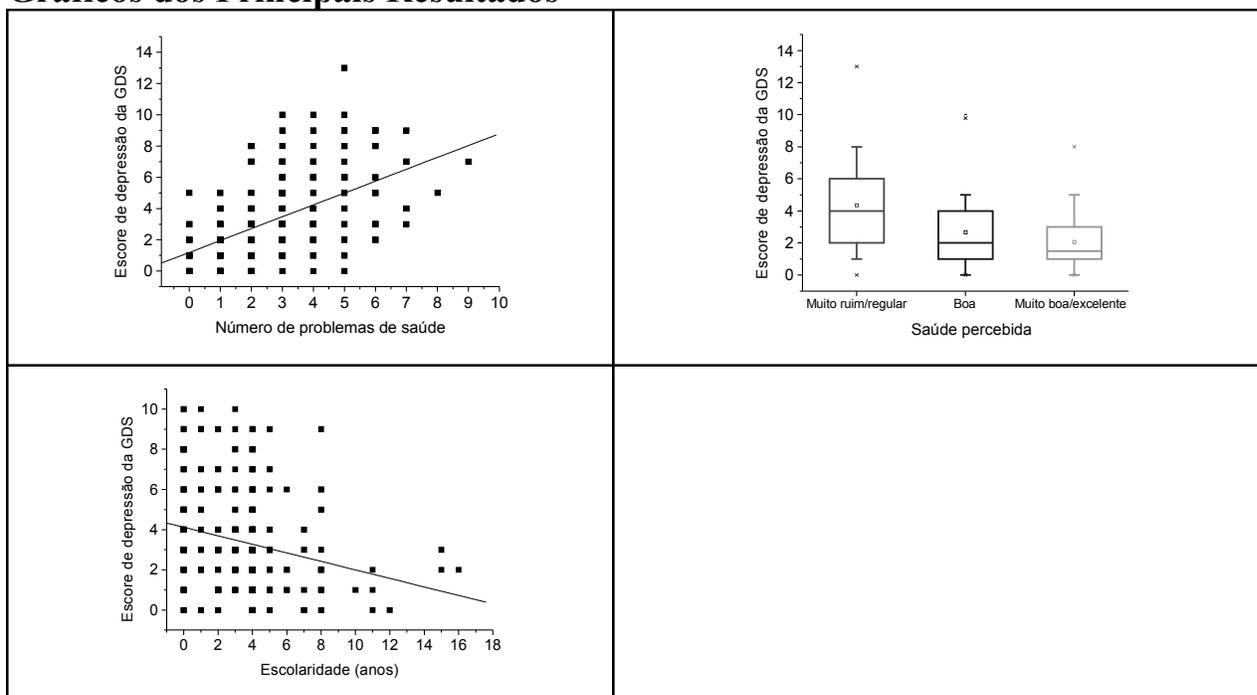
VARIÁVEL "DOENCASAUDEP":

COMBINAÇÃO ENTRE NÚMERO DE DOENÇAS (0 VS 1 OU MAIS) E SAÚDE PERCEBIDA (RUIM VS BOA).

VARIÁVEL "PROBL SAUDEP":

COMBINAÇÃO ENTRE NÚMERO DE PROBLEMAS DE SAÚDE (0 VS 1 OU MAIS) E SAÚDE PERCEBIDA (RUIM VS BOA).

## Gráficos dos Principais Resultados



## Análise Comparativa do Escore de Depressão da GDS

Tabela 7. Análise comparativa do escore de depressão da GDS entre variáveis categóricas.

G1_coracao	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	68	3.74	2.77	0.00	3.00	10.00	P=0.253
NÃO	231	3.26	2.50	0.00	3.00	13.00	
G2_pressao_alta	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	193	3.31	2.39	0.00	3.00	10.00	P=0.956
NÃO	105	3.50	2.85	0.00	3.00	13.00	
G3_derrame	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	27	3.93	3.08	0.00	3.00	9.00	P=0.515
NÃO	272	3.31	2.51	0.00	3.00	13.00	
G4_diabetes	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	72	<b>3.89</b>	2.35	1.00	<b>3.00</b>	9.00	<b>P=0.011</b>
NÃO	226	3.17	2.59	0.00	3.00	13.00	

G5_tumor	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	21	3.71	2.70	0.00	3.00	9.00	P=0.515
NÃO	278	3.34	2.56	0.00	3.00	13.00	
G6_artrite	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	108	4.10	2.74	0.00	<b>4.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	190	2.94	2.37	0.00	2.00	13.00	
G7_pulmonar	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	36	3.94	2.56	0.00	3.00	9.00	P=0.099
NÃO	262	3.29	2.56	0.00	3.00	13.00	
G8_Depressao	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	51	4.86	3.17	0.00	<b>4.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	248	3.06	2.31	0.00	3.00	13.00	

\* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

\*\* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre 3 ou mais grupos.

**Tabela 7 (cont).** Análise comparativa do escore de depressão da GDS entre variáveis categóricas.

G9_osteoporose	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	79	3.92	2.97	0.00	3.00	13.00	P=0.071
NÃO	219	3.16	2.38	0.00	3.00	13.00	

G10_urina	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	94	4.32	2.85	0.00	<b>4.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	205	2.93	2.30	0.00	3.00	13.00	

G11_fezes	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	14	5.57	3.23	0.00	<b>6.00</b>	13.00	<b>P=0.004</b>
NÃO	284	3.24	2.46	0.00	3.00	13.00	

G12_tristeza	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	117	4.49	2.71	0.00	<b>4.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	182	2.64	2.18	0.00	2.00	10.00	

G13_ganho_peso	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	82	3.62	2.53	0.00	3.00	10.00	P=0.219
NÃO	211	3.27	2.56	0.00	3.00	13.00	

G14_perda_apetite	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	78	4.83	2.78	0.00	<b>5.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	219	2.85	2.27	0.00	2.00	13.00	

G15_quegas	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	81	4.17	2.78	0.00	<b>4.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	210	3.03	2.41	0.00	3.00	13.00	

G15_quantas_quegas	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P**
1	42	3.14	2.27	0.00	3.00	9.00	<b>P&lt;0.001</b> -> '1' ≠ '>=3'
2	17	4.53	2.32	2.00	4.00	9.00	
>=3	19	6.16	3.00	1.00	<b>6.00</b>	13.00	

G17_fratuira_ultimas_semanas	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	15	4.33	2.79	0.00	4.00	9.00	P=0.624
NÃO	65	4.02	2.85	0.00	3.00	13.00	

G23_acamado	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	40	4.38	2.73	0.00	<b>4.00</b>	10.00	<b>P=0.008</b>
NÃO	256	3.18	2.50	0.00	3.00	13.00	

G25_memoria	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	154	4.16	2.72	0.00	<b>4.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	145	2.52	2.08	0.00	2.00	10.00	

G605_medo_cair	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
SIM	179	4.01	2.69	0.00	<b>3.00</b>	13.00	<b>P&lt;0.001</b>
NÃO	119	2.39	2.02	0.00	2.00	9.00	

\* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

\*\* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre 3 ou mais grupos.

## 9 - APÊNDICE

## APÊNDICE

### Termo de consentimento livre e esclarecido. FIBRA Campinas. Idosos, 2008-2009



#### Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, ....., RG no ....., concordo em participar da pesquisa intitulada Perfis de fragilidade em idosos brasileiros – Rede FIBRA, de responsabilidade da Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Anita Liberalesso Neri, psicóloga, CRP 70408/06, pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo. A pesquisa tem por objetivo descrever a prevalência, as características e os principais fatores associados à fragilidade biológica em homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes em diferentes cidades e regiões geográficas brasileiras. Serão investigados aspectos sociais, da saúde, da capacidade funcional e do bem-estar psicológico dos idosos numa sessão de coleta de dados com 30 a 90 minutos de duração. Essa sessão constará de entrevista, medidas de peso, altura, cintura, quadril e abdômen, medida de pressão arterial, coleta de sangue, exame rápido dos dentes, uma prova de força do aperto de mão e uma prova de velocidade do caminhar. Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde e do estilo de vida e ajudará a aperfeiçoar os procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças dos idosos. Depois de terminada a participação de cada idoso na coleta de dados, cada um receberá orientações sobre saúde, baseadas em seus resultados de pressão arterial, peso, altura e circunferências de cintura, abdômen e quadril. O objetivo dessas orientações é ajuda-los a se cuidarem bem. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e que minha participação não implicará em nenhum tipo de gasto. Sei que os resultados da pesquisa serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados. Ou seja, estou ciente de que meus dados estão protegidos por sigilo e anonimato. Tenho conhecimento de que minha participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento eu poderei decidir deixar de participar. Sei também que em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a coordenadora da pesquisa ou com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos endereços estão informados neste documento.

Eu, ....., declaro que fui adequadamente esclarecido(a) sobre a natureza desta pesquisa e da minha participação, nos termos deste documento. Declaro que concordo em participar por livre e espontânea vontade e que não sofri nenhum tipo de pressão para tomar essa decisão.

..... de 200 .  
(cidade) (data)

..... (Assinatura)

Nome do participante: .....

Endereço: .....

Responsável pela pesquisa: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

(Assinatura)

Telefone: 19-3521 5555 e 3521 5670  
e-mail: anitalbn@fcm.unicamp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP : 19 - 3521 8936  
e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias. Depois de assinadas, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.