



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VEREDIANA SOUSA UCHÔA**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS, DECLÍNIO COGNITIVO E PREJUÍZO FUNCIONAL  
EM IDOSOS**

**BELÉM-PA  
2017**

**VEREDIANA SOUSA UCHÔA**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS, DECLÍNIO COGNITIVO E PREJUÍZO FUNCIONAL  
EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira

**BELÉM-PA  
2017**

VEREDIANA SOUSA UCHOA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS, DECLÍNIO COGNITIVO E PREJUÍZO FUNCIONAL  
EM IDOSOS**

Sustentação de dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria de Fátima Vieira de Oliveira (UFPA)  
Presidente

---

Prof. Dr. Eliã Pinheiro Botelho (UFPA)  
Membro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra Sandra Helena Isse Polaro (UFPA)  
Membro

**Dissertação aprovada em:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus por ter me dado sabedoria, determinação, persistência e por não me abandonar nos momentos mais difíceis. Ele permanece fiel ainda que eu seja infiel.*

*Aos meus pais Heliana Sousa e Antônio Uchôa, pelo suporte, pelas possibilidades, oportunidades e por serem meu alicerce.*

*Aos meus avós Nilza Moreira e Dionísio Cordovil (in memoriam) por todo amor e carinho oferecidos durante a minha vida, são meus exemplos de força, honestidade e dignidade.*

*À minha família e meus amigos pelo incentivo e compreensão nas minhas ausências em nome dessa dissertação.*

*À minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marília de Oliveira por ter sido minha “mãe” acadêmica e por me acompanhar e orientar durante este longo e gratificante percurso de graduação e pós-graduação.*

*À coordenação do Mestrado, na pessoa da Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sandra Helena Polaro, pelo compromisso e desvelo conosco mestrandos e por sua valiosa contribuição na área da gerontologia neste trabalho.*

*Ao Prof. Dr. Eliã Botelho pela disponibilidade em participar das bancas examinadoras sempre com sugestões pertinentes para o melhoramento deste estudo.*

*Aos docentes do PPGENF por compartilharem conhecimentos e por serem professores transformadores.*

*Aos meus amigos de curso, pela amizade e companheirismo durante esta jornada, o fardo se torna mais leve quando dividido.*

*Aos idosos participantes dessa pesquisa pela gentil colaboração e por serem os protagonistas desse estudo.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento dessa pesquisa.*

## RESUMO

UCHÔA VS. Sintomas depressivos, declínio cognitivo e prejuízo funcional entre idosos. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, 2015.

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno demográfico mundial. No Brasil especificamente observamos uma rápida e consistente expansão demográfica na população idosa, o país conta com cerca de 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando uma parcela significativa da população total, aproximadamente 11,3%. Como consequência dessa mudança na pirâmide etária, temos o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que por sua vez podem levar à incapacidade funcional. Além das doenças crônicas, a saúde mental merece especial atenção, pois afetam frequentemente os idosos, destacando-se a demência e a depressão como sendo as mais prevalentes. Compreender os fatores associados à incidência de depressão, assim como os prejuízos funcionais e cognitivos decorrentes desta condição, nos permite auxiliar na prevenção e identificação precoce desses sintomas, promovendo estratégias específicas de intervenção a fim de evitar ou minimizar danos à qualidade de vida do idoso. **OBJETIVOS:** Identificar a presença de sintomas depressivos, declínio cognitivo e prejuízo funcional em idosos inscritos no programa de controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus da Unidade Municipal de Saúde do Guamá, município de Belém, Pará. **MÉTODO:** Estudo transversal com uma amostra de 100 idosos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais utilizando-se: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala de Katz (ABVD) e escala de Lawton e Brody (AIVD) para avaliação da capacidade cognitiva, presença de sintomas depressivos e capacidade funcional respectivamente. Nas análises foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para tendência/aderência e associação entre variáveis nominais e teste de Correlação Linear de Pearson para variáveis numéricas. **RESULTADOS:** O perfil da população estudada é predominantemente do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, baixa renda e faixa etária entre 60-69 anos. A prevalência de depressão foi estimada em 22% da amostra e esteve associada ao sexo feminino e idosos sedentários. Em relação ao estado mental, foi identificado déficit cognitivo em 27% dos idosos entrevistados e a idade do idoso apresentou correlação negativa moderada com o desempenho no MEEM. Quanto à funcionalidade dos idosos entrevistados a maior parte foi considerada independente para a realização de atividades básicas da vida diária e 46% da amostra apresentou dependência nas atividades instrumentais da vida diária. Foi verificada associação entre sintomas depressivos e dependência funcional. **CONCLUSÃO:** Verificou-se que as mulheres e idosos sedentários são mais suscetíveis à ocorrência de depressão e que a idade é um fator fortemente associado à diminuição do desempenho cognitivo. Constatou-se também que o nível de dependência dos idosos nas AIVD está fortemente associado à presença de sintomas depressivos. **Palavras-chaves:** Envelhecimento, idoso, depressão, declínio cognitivo, capacidade funcional.

## ABSTRACT

UCHOA VS. Depressive symptoms, cognitive decline and functional impairment among the elderly. Graduate Program in Nursing, Federal University of Pará, 2015.

**INTRODUCTION:** Population aging is considered a worldwide demographic phenomenon. In Brazil we specifically observed a rapid and consistent demographic expansion in the elderly population, the country counts with about 21 million people aged 60 years or more, representing a significant portion of the total population, approximately 11.3%. As a consequence of this change in the age pyramid, we have the increased prevalence of chronic non-communicable diseases, which in turn can lead to functional disability. In addition to chronic diseases, mental health deserves special attention, as they often affect the elderly, with dementia and depression being the most prevalent. Understanding the factors associated with the incidence of depression, as well as the functional and cognitive impairments resulting from this condition, allow us to assist in the prevention and early identification of these symptoms, promoting specific intervention strategies in order to avoid or minimize damages to the quality of life of the elderly. **OBJECTIVES:** To identify the presence of depressive symptoms, cognitive decline and functional impairment in the elderly enrolled in the program for the control of hypertension and diabetes mellitus of the Municipal Health Unit of Guamá, in the city of Belém, Pará. **METHOD:** Cross-sectional study with a sample of 100 The elderly. Data were collected through individual interviews using the Mini Mental State Examination (MMSE), the Geriatric Depression Scale (GDS-15), the Katz Scale (ABVD) and the Lawton and Brody Scale (AIVD) for the evaluation of Cognitive ability, presence of depressive symptoms and functional capacity, respectively. Pearson's Chi-square test for trend / adherence and association between nominal variables and Pearson's Linear Correlation test were used for numerical variables. **RESULTS:** The profile of the studied population is predominantly female, with low educational level, low income and age range between 60-69 years. The prevalence of depression was estimated in 22% of the sample and was associated with female and sedentary elderly individuals. Regarding mental status, cognitive deficit was identified in 27% of the interviewed elderly, and the age of the elderly presented a moderate negative correlation with the MMSE performance. Regarding the functionality of the elderly interviewed, most of them were considered independent to perform basic activities of daily living, and 46% of the sample had dependence on the instrumental activities of daily living. There was an association between depressive symptoms and functional dependence. **CONCLUSION:** It was verified that sedentary women and elderly people are more susceptible to the occurrence of depression and that age is a factor strongly associated with a decrease in cognitive performance. It was also observed that the level of dependence of the elderly in the AIVD is strongly associated with the presence of depressive symptoms. **Key words:** Aging, elderly, depression, cognitive decline, functional capacity.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Frequências observadas e esperadas de idosos participantes da pesquisa, segundo o sexo.....	<b>33</b>
<b>Figura 2:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo a percepção do idoso sob a classificação da sua saúde.....	<b>34</b>
<b>Figura 3:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo a prática de atividade física.....	<b>34</b>
<b>Figura 4:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo a existência de Doenças Crônicas.....	<b>35</b>
<b>Figura 5:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o Índice de Katz apresentado.....	<b>37</b>
<b>Figura 6:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o Índice de Lawton e Brody apresentado na pesquisa.....	<b>37</b>
<b>Figura 7:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o Índice de MEEM (Resultado) apresentado na pesquisa.....	<b>38</b>
<b>Figura 8:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Orientação Temporal (MEEM).....	<b>38</b>
<b>Figura 9:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Orientação Espacial (MEEM).....	<b>39</b>
<b>Figura 10:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Repetição de Palavras (MEEM).....	<b>39</b>
<b>Figura 11:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Cálculo (MEEM).....	<b>40</b>
<b>Figura 12:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de memorização (MEEM).....	<b>40</b>
<b>Figura 13:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Linguagem (MEEM).....	<b>41</b>
<b>Figura 14:</b> Boxplot para comparação dos valores médios obtidos pelos idosos no teste GDS - 15 (Nível de Depressão).....	<b>45</b>
<b>Figura 15:</b> Boxplot para comparação dos valores médios obtidos pelos idosos no teste MEEM.....	<b>46</b>
<b>Figura 16:</b> Matriz de Correlação de Pearson entre os testes de avaliação e a idade do idoso participante da pesquisa.....	<b>48</b>

**Figura 17:** Relação entre sintomas depressivos e prejuízo funcional.....49



**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1:</b> Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos participantes da pesquisa.....	<b>32</b>
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o nível de depressão apresentado na escala GDS-15.....	<b>36</b>
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos idosos segundo a associação entre depressão e características socioeconômicas e condições de saúde dos idosos.....	<b>42</b>
<b>Tabela 4 :</b> Teste t de Student para comparação dos valores médios obtidos pelos idosos nas escalas e testes aplicados.....	<b>44</b>
<b>Tabela 5:</b> Matriz de Correlação de Pearson entre os testes de avaliação e a idade do idoso participante da pesquisa.....	<b>47</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABVD-** Atividades básicas de vida diária

**AIVD-** Atividades instrumentais da vida diária

**AVD'S-** Atividades da vida diária

**CID, 10-** Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde

**DCNT-** Doenças crônicas não transmissíveis

**DSM, IV-** Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana

**GDS-15-** Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida de 15 itens

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MEEM-** Mini Exame do Estado Mental

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**ONU-** Organização das Nações Unidas

**PNSPI-** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

**SABE-** Saúde, bem-estar e envelhecimento na América Latina e Caribe

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**SPSS-** Statistical Package for Social Science for Windows

**TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO .....	14
1.1.1 Objetivo Geral .....	14
1.1.2 Objetivos Específicos: .....	14
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
2.1 Envelhecimento: Um processo Multidimensional .....	15
2.2 Depressão em Idosos: Aspectos Biopsicossociais.....	17
2.3 Depressão e Capacidade Funcional.....	19
2.4 Depressão e Declínio Cognitivo.....	21
2.5 Políticas Públicas de Saúde para a População Idosa .....	22
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>26</b>
3.1 Tipo de Estudo .....	26
3.2 Local de Estudo.....	26
3.3 População e Cálculo Amostral .....	27
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	27
3.5 Variáveis Investigadas.....	28
3.6 Instrumentos de Coleta de Dados.....	29
3.7 Coleta de Dados .....	30
3.8 Análise dos Dados.....	30
3.9 Aspectos Éticos .....	31
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
4.1 Caracterização da amostra.....	32
4.2 Avaliação do desempenho cognitivo, depressão e funcionalidade .....	35
4.3 Associações entre as variáveis .....	41
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>50</b>
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE A.....	56
APÊNDICE B.....	57
ANEXO A.....	59
ANEXO B.....	61
ANEXO C.....	62
ANEXO D.....	63

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno demográfico mundial, esse fenômeno foi inicialmente vivenciado nos países desenvolvidos como um processo lento e gradual, ao contrário dos países em desenvolvimento, no qual vem ocorrendo em ritmo acelerado. No Brasil, especificamente observamos uma rápida e consistente expansão demográfica na população idosa. De acordo com os dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o país conta com cerca de 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando uma parcela significativa da população total, aproximadamente 11,3%.

A Organização Mundial de Saúde estima que até 2025 o Brasil seja o sexto país no mundo com o maior número de idosos, isso reflete uma conquista para o país, visto que é resultado da baixa taxa de natalidade e fecundidade aliado a outros fatores como avanço tecnológico na área da saúde e melhores condições de vida.

Uma das consequências na mudança da pirâmide etária é o aumento da prevalência de doenças características da terceira idade, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passam a predominar em substituição às doenças transmissíveis, que por sua vez podem levar à incapacidade funcional (FIALHO et al., 2014).

A capacidade funcional pode ser definida como o potencial que uma pessoa apresenta para decidir e atuar de forma independente em sua vida. Já a incapacidade funcional é definida pela dificuldade no desempenho de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. Sendo elas: as atividades básicas de vida diária (ABVD), relacionadas ao autocuidado, e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), de maior complexidade e relacionadas à vida independente em comunidade (PILGER et al., 2013).

Além das DCNT, a saúde mental merece especial atenção, pois afetam frequentemente os idosos, destacando-se a demência e a depressão como sendo mais prevalentes. (CLEMENTE et al., 2011). No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8% (BRASIL, 2006). Estudos epidemiológicos indicam taxa de prevalência de depressão de aproximadamente 18% em idosos vivendo na comunidade (BRETANHA et al., 2015), em idosos hospitalizados e institucionalizados esse número é ainda maior, variando de acordo com o instrumento utilizado (SILVA et al., 2012).

A demência por sua vez vem aumentando paralelamente ao envelhecimento da população. Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5%, naqueles com mais de 60 anos, para 20% após os 80 anos (MACHADO et al., 2007).

A depressão é caracterizada como sendo um transtorno do humor e sua etiologia é multifatorial, pois pode ser determinada por problemas biológicos, psicológicos, sociais ou até mesmo associada a patologias coexistentes como doenças crônicas, incapacidades funcionais ou demência (ALVARENGA et al., 2012).

Depressão e capacidade funcional estão intrinsicamente relacionadas, visto que em idosos portadores de DCNT a depressão contribui para o aumento da morbidade e posteriormente para o comprometimento do estado funcional, assim como as perdas funcionais que acompanham o envelhecimento podem, frequentemente, resultar em depressão (SANTOS et al., 2012).

Transtorno depressivo em idosos também é um fator de risco para o desenvolvimento de processo demencial, pois seus sintomas podem conduzir a alterações das funções cognitivas o que dificulta muitas vezes o diagnóstico diferencial entre este quadro e demência. Sendo que ambas as condições causam comprometimento funcional (PAULA et al., 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa vem reafirmar que a atenção primária deverá ser o meio de inserção inicial do idoso nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e recomenda que dentro de uma avaliação global da pessoa idosa sejam incluídos testes que verifiquem o estado de saúde mental e funcional desse indivíduo (BRASIL, 2006).

Entretanto, os índices de reconhecimento de sintomas depressivos em idosos na atenção básica são baixos (NOGUEIRA et al., 2014), muitas vezes os sintomas são confundidos como manifestações fisiológicas do envelhecimento ou mascarados pelos sintomas de outras patologias coexistentes, causando prejuízo na qualidade de vida do idoso e daqueles envolvidos em seus cuidados (ROGRIGUES et al., 2015).

Nesse sentido, o uso de escalas pode facilitar a detecção e tratamento precoce de sintomas depressivos na atenção primária em saúde.

A Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida de 15 itens (GDS-15), é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos, possuindo índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999).

Já as escalas de avaliação da funcionalidade e cognição são importantes instrumentos que podem ser usados aliados com a GDS-15, pois fornecem informações úteis para a identificação de possíveis limitações e perda da autonomia dos idosos em consequência da

depressão. As mais utilizadas são a escala de Katz e a de Lawton e Brody, que avaliam o desempenho dos idosos nas ABVD e nas AIVD respectivamente e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para avaliação da função cognitiva.

Identificar os fatores associados à incidência de depressão, assim como os prejuízos funcionais e cognitivos decorrentes desta condição, nos permite auxiliar na prevenção e identificação precoce desses sintomas, promovendo estratégias específicas de intervenção a fim de evitar ou minimizar danos à qualidade de vida do idoso.

## 1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

### 1.1.1 Objetivo Geral

Identificar a presença de sintomas depressivos, declínio cognitivo e prejuízo funcional em idosos inscritos no programa de controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus da Unidade Municipal de Saúde do Guamá, município de Belém, Pará.

### 1.1.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Estimar a prevalência de depressão entre os idosos do estudo;
- ✓ Caracterizar a amostra segundo variáveis socioeconômicas, condições de saúde, desempenho cognitivo e capacidade funcional;
- ✓ Verificar a relação de sintomas depressivos e declínio cognitivo com idade e gênero;
- ✓ Verificar a associação entre sintomas depressivos, fatores socioeconômicos, condições de saúde e capacidade funcional.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

Trata-se de uma revisão narrativa construída a partir de fontes teóricas do Ministério da Saúde, dissertações, livros e artigos científicos capturados em bases de dados e bibliotecas virtuais, priorizamos trabalhar com artigos publicados no período de 2005 a 2015, com temas relacionados ao envelhecimento, depressão em idosos, déficits cognitivos e capacidade funcional. Visando aprofundar o conhecimento sobre a temática em questão a revisão de literatura está dividida em cinco tópicos que são: Envelhecimento: um processo multidimensional; Depressão no idoso: aspectos biopsicossociais; Depressão e Capacidade funcional; Depressão e declínio cognitivo e Políticas públicas de saúde para a população idosa.

### **2.1 Envelhecimento: Um processo Multidimensional**

Envelhecer é um processo natural que caracteriza a vida do ser humano, ocorrendo mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo. É um processo dinâmico e progressivo caracterizado pela diminuição da funcionalidade, estando associado a inúmeras alterações com repercussões na saúde (AGUIAR, 2012).

Numa perspectiva biológica o envelhecimento é um fenômeno objetivo, visto que as alterações biológicas, embora em ritmos diferentes, atingem todos os indivíduos que envelhecem. Sendo essas alterações irreversíveis, provocando um impacto observável na funcionalidade e na imagem do indivíduo que envelhece. De uma forma geral, o envelhecimento caracteriza-se essencialmente pela ocorrência de perdas à medida que a idade avança, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de patologias (CAMPOS et al., 2014).

No plano psicológico é notório que determinadas capacidades cognitivas como atenção e memória sofrem declínio, no entanto esse declínio cognitivo não decorre apenas do desgaste orgânico resultante do processo biológico de envelhecimento, havendo outras razões que contribuem para a diminuição do funcionamento cognitivo, como: estilo de vida caracterizado por falta de estimulação cognitiva, determinadas doenças, falta de interesse e de motivação, solidão e isolamento. Todavia do ponto de vista psicológico não há só perdas no envelhecimento, mas também ganhos, no que diz respeito ao conhecimento, experiência e desenvolvimento da personalidade. O desenvolvimento psicológico do envelhecimento, como em qualquer outra etapa da vida, envolve uma série de ajustamentos individuais decorrentes

de alterações internas e externas que vão suscitar sucessivos processos de transição-adaptação (CAMPOS et al., 2014).

No que se refere ao componente social do envelhecimento, este remete tanto para modificação de papéis frequentemente associada a acontecimentos típicos da velhice como para a forma como o idoso é visto na sociedade em que vive. As barreiras impostas pela sociedade conduzem frequentemente à redução e desvalorização dos seus papéis sociais (SALES, 2013).

Sabe-se que a deterioração da condição de saúde não é apenas causada pelo desgaste natural do organismo, mas também pela redução da quantidade e qualidade das relações sociais, se o ambiente social tratar a pessoa que envelhece acentuando as suas perdas e desvalorizando as capacidades que persistem, ao invés de estimular a manutenção da autonomia e da funcionalidade estará contribuindo para que uma possível dependência possa se instalar precocemente. Neste contexto, a família assume um importante papel, visto que os vínculos afetivos entre os idosos e as suas famílias se constitui um fator protetor para um envelhecimento saudável. (SALES, 2013)

A complementaridade e a interação entre estas três dimensões (biológica, psicológica e social) do envelhecimento são indiscutíveis e indissociáveis.

No que diz respeito aos aspectos demográficos e epidemiológicos, o envelhecimento possui algumas importantes particularidades. Como o crescente aumento do número de idosos com mais de 80 anos e o processo de feminização da velhice. Segundo dados do IBGE (2010) as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos.

Outro fator característico dessa população é a presença de uma ou mais doença crônica, por este motivo acabam sendo os consumidores de grande parte dos recursos orçamentários destinados à saúde, isso se deve ao fato da diminuição da reserva funcional somado aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, o que os tornam mais vulneráveis a doenças. (SANTOS, 2010)

É importante ressaltar que o envelhecimento ocorre de modo diferente para cada indivíduo, portanto deve ser encarado de uma forma muito pessoal e individual, é um período da vida constituído de ganhos e realizações, mas também de perdas e limitações, sofrendo influências de características genéticas e circunstâncias socioculturais.



## 2.2 Depressão em Idosos: Aspectos Biopsicossociais

Como já foi citado anteriormente o envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças com conseqüente deterioração da saúde dos idosos, sejam nos aspectos físicos e/ou mentais. Segundo Resende (2011) vários fatores associados ao aumento da idade podem predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente transtornos do humor. Os transtornos do humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, destacando-se a depressão como a mais prevalente.

Segundo a OMS a depressão vem ocupando um lugar de destaque em relação a outros problemas de saúde pública, projeções da mesma revelam que até 2020 a depressão será a segunda maior causa de doença na população, superada apenas por patologias cardiovasculares (BRASIL, 2006).

No idoso especificamente a depressão estar associada ao maior risco de morbidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, ao agravamento de quadros patológicos preexistentes, à negligência no autocuidado e maior risco de suicídio. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais (ALVARENGA et al., 2012).

Do ponto de vista neurofisiológico, a depressão é caracterizada por uma alteração bioquímica a nível cerebral, tendo como causa principal um metabolismo deficiente de serotonina, considerada o principal neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor e da sensação de bem-estar do indivíduo (SOARES et al., 2012).

Vários fatores psicossociais também estão relacionados ao aparecimento do quadro depressivo, pois com o passar dos anos os idosos vivenciam perdas significativas caracterizadas por declínio de saúde, redução do funcionamento cognitivo, perda da autonomia, perda de papéis sociais, viuvez, morte dos amigos e parentes, isolamento social, restrições financeiras devido à aposentadoria, entre outras (RESENDE et al., 2011).

Vale ressaltar que a depressão não é algo específico do envelhecimento, pois a mesma pode estar presente em todas as fases da vida, contudo as transformações biopsicossociais enfrentadas pelo idoso, que exige uma constante adaptação às suas novas condições de vida, aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A forma com que o idoso enfrentará essas mudanças determinará aos mesmos uma reação normal ou patológica frente ao envelhecimento. (OLIVEIRA, 2011)

Os critérios diagnósticos para depressão provêm dos dois principais sistemas atuais de classificação: a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde

(CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (DSM, IV). Para ambos, os sintomas depressivos devem estar presentes na maioria dos dias por pelo menos duas semanas consecutivas e devem causar prejuízo funcional significativo.

Os sintomas depressivos compartilhados por ambas as classificações incluem: humor deprimido, anedonia, fadiga, alterações de sono, alterações de apetite, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes.

Em idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada com queixas somáticas, hipocondria, sentimento de inutilidade, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite e pensamento recorrente de suicídio, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade nessa população (SIQUEIRA et al., 2009).

As taxas de identificação e tratamento de depressão em idosos que procuram a atenção primária em saúde são baixas, muitas vezes os sintomas são ignorados pelos profissionais de saúde que veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento, queixas somáticas que mascaram o quadro e falta de treinamento da equipe de saúde para reconhecer esses sintomas também dificultam o diagnóstico precoce (RESENDE et al., 2011).

No que diz respeito ao tratamento, o uso de antidepressivos aliado com a psicoterapia se revela como o método mais eficaz, visto que o tratamento da depressão tem como finalidade a promoção da saúde, a reabilitação psicossocial, a prevenção de recorrências, prevenir a ocorrência do suicídio e a ajuda para que o idoso possa enfrentar e vivenciar suas dificuldades. Para isso, torna-se necessário um acompanhamento sistêmico para avaliar a evolução do quadro e conhecer melhor o contexto no qual a pessoa idosa está inserida (OLIVEIRA, 2011).

Atualmente a depressão no idoso vem sendo bastante explorada entre pesquisadores e epidemiologistas, com o intuito de se perceber quais os fatores que mais influenciam no seu desenvolvimento. A escala mais comumente utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos nos estudos populacionais é a Escala de Depressão Geriátrica, nas versões de 30 e 15 itens.

De acordo com a revisão da literatura o perfil do idoso deprimido é na sua maioria caracterizado pelo sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade e condição socioeconômica desfavorável. As condições de saúde também são apontadas como fator de risco para o aparecimento de depressão. Idosos que apresentam um pior estado de saúde

tendem a evidenciar maiores níveis de depressão que os idosos com menor número de morbidades.

O estudo Saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE), conduzido pela Organização Pan-Americana de Saúde, objetivou coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe, entre elas, o município de São Paulo, cerca de 2.100 idosos de 60 anos ou mais, residentes na área urbana de São Paulo, não institucionalizados e sem prejuízo cognitivo, foram avaliados quanto à presença de sintomas depressivos utilizando-se a GDS-15. A prevalência de sintomas depressivos na amostra foi de 18,1%, com um diferencial importante entre homens e mulheres (12,7/22,0%,) respectivamente, sendo esses dados semelhantes nas demais cidades do estudo (LEBRÃO e LAURENTI, 2005).

A identificação dos fatores que influenciam o surgimento de sintomas depressivos em idosos é um passo fundamental para o planejamento de ações que visem reduzir os efeitos dessa enfermidade na qualidade de vida dos mesmos.

### **2.3 Depressão e Capacidade Funcional**

Apesar do processo de envelhecimento não estar necessariamente relacionado à existência de doenças e incapacidade, o mesmo promove alterações anatômica e funcional que podem resultar no surgimento dessas condições, resultando na diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida do idoso (ANDRADE et al., 2010).

Segundo a política brasileira que trata da saúde do idoso, a perda da capacidade funcional é considerada como problema primordial para esses indivíduos, sendo esse problema entendido como a perda das faculdades físicas e mentais imprescindíveis para a realização de atividades básicas e instrumentais de sua vida cotidiana. Sendo assim, a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, se tornaram metas a serem alcançadas na atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a avaliação da capacidade funcional se constitui um importante indicativo da qualidade de vida da pessoa idosa, pois permite aos profissionais de saúde uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e das suas implicações.

Capacidade funcional pode ser definida como o potencial que uma pessoa apresenta para decidir e atuar de forma independente em sua vida. Logo, a incapacidade funcional seria

a dificuldade no desempenho de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo a impossibilidade de desempenhá-las (PILGER et al., 2013).

Há diversas maneiras de se avaliar a capacidade funcional. Nos estudos epidemiológicos é frequente considerar a habilidade para realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Usualmente essas atividades são avaliadas com base no relato do grau de dificuldade, da necessidade de ajuda de outra pessoa ou ainda da impossibilidade de realizar as atividades (CÉSAR et al., 2015).

Vários foram os investigadores que se dedicaram a esta temática, no entanto Katz foi um dos pioneiros a desenvolver um instrumento que pudesse trazer significado claro e precisão quantitativa às descrições dos problemas funcionais dos idosos.

O Índice de Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as ABVD. Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados, segundo o autor haveria uma regressão ordenada como parte do processo fisiológico de envelhecimento, em que as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções que são mais básicas e menos complexas poderiam ser retidas por mais tempo. As seis atividades básicas avaliadas são: alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e banho (BARBOSA et al., 2014).

Já as AIVD são tarefas consideradas mais difíceis e complexas, dizem respeito às tarefas necessárias para uma vida independente na comunidade. O instrumento mais utilizado para a avaliação dessas atividades é a escala de Lawton e Brody. Os autores elaboraram uma escala para avaliar AIVD em oito funções: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte. (FIALHO et al., 2014)

Estudos demonstram que os fatores que mais se associam à incapacidade funcional são a presença de morbidades, incluindo a depressão e a presença de alguma deficiência, no entanto, mais recentemente verificou-se que fatores demográficos, socioeconômicos e psicossociais também influenciam grandemente a capacidade funcional do idoso. Sendo os acometidos na sua maioria mulheres, idosos com mais de 80 anos e os de maior vulnerabilidade social (PINTO e NERI, 2013; SANTOS e GRIEP, 2013).

A forte associação entre depressão e capacidade funcional vem sendo demonstrada em diversos estudos. Alguns autores sugerem que essa associação é bidirecional, e que a tentativa de estabelecer uma única sequência dos eventos não seria válida, pois a relação seria circular. Neste sentido ao se minimizar o efeito de qualquer uma dessas condições, exerce-se um efeito benéfico direto sobre a outra. (CREPALDI, 2009)

Se por um lado incapacidades funcionais decorrentes do envelhecimento ou de morbidades podem frequentemente resultar em depressão, por outro lado a depressão por meio do efeito indireto de seus sintomas pode resultar em declínio funcional. Esta associação frequentemente apresenta um impacto significativo com desfechos negativos, como institucionalização e morte. (CREPALDI, 2009)

Por este motivo os profissionais de saúde no âmbito da atenção básica devem estar atentos aos sinais relativos à depressão no cuidado à população idosa que já convive com doenças crônicas, pois geralmente os idosos na comunidade utilizam os serviços de saúde para atendimento voltado ao controle destas doenças e, muitas vezes, apresentam sintomas depressivos que têm potenciais para comprometer mais ainda sua saúde (SASS et al., 2011).

É evidente que o aparecimento do quadro depressivo em idosos tem sido considerado um fator de risco para o desenvolvimento posterior de incapacidade funcional, neste contexto a utilização de avaliações do estado emocional e funcional tem a possibilidade de fornecer informações úteis na identificação de possíveis limitações e perda da autonomia em idosos em consequência do quadro depressivo, pois esta condição gera implicações para o idoso, sua família e sistema de saúde, devido níveis mais altos de limitação funcional e maior uso de serviços de saúde.

## **2.4 Depressão e Declínio Cognitivo**

Segundo Soares (2012) cognição envolve o funcionamento mental, como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: percepção, atenção, orientação, memória, organização, raciocínio, funções executivas, planejamento e solução de problemas.

Na velhice, frequentemente ocorrem alterações em diferentes áreas da cognição. Indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos geralmente se queixam de dificuldades com a memória e outras habilidades cognitivas como de armazenar informações e resgatá-las (SANTOS, 2010).

Estudos revelam associação entre sintomas depressivos e comprometimento das funções cognitivas em idosos. Sabe-se que sintomas depressivos podem conduzir a alterações das funções cognitivas temporariamente. Por outro lado, em muitos pacientes, o início de um processo demencial do tipo Alzheimer apresenta-se com sintomas depressivos. A

comorbidade de depressão e demência contribui para o comprometimento da capacidade funcional.

A relação entre depressão e demência manifesta-se da seguinte maneira: a) Depressão na demência: os sintomas depressivos constituem parte integrante do processo demencial; b) Demência com depressão: coexistência de ambos os fenômenos, sendo que os sintomas depressivos instalam-se em um quadro demencial preexistente; c) Depressão com comprometimento cognitivo: a depressão evolui com dificuldades cognitivas, particularmente, de concentração e de memória recente; d) Demência na depressão: onde o comprometimento cognitivo resulta do processo depressivo (STELLA, 2002).

Essas condições têm impacto sobre o idoso e sua família, representando um problema significativo de saúde pública, por sua longa extensão e complexidade de manifestações funcionais, emocionais e consequências sociais (MACHADO et al., 2007).

## **2.5 Políticas Públicas de Saúde para a População Idosa**

O envelhecimento populacional mundial exigiu o planejamento e implementação de diversas ações e políticas públicas específicas para atender às múltiplas demandas da população idosa. Nesse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS) a fim de fornecer instrumentos para auxiliar na formulação dessas políticas elaboraram dois importantes documentos que apresentam prioridades básicas associadas ao envelhecimento. São eles: o “Plano de ação internacional para o envelhecimento” (ONU, 2003) e o documento “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” (OMS, 2005).

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento tem como finalidade garantir o envelhecimento dos indivíduos com segurança, dignidade e oportunidades de participação social e promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades. Para tanto, recomenda que em todos os países se adotem medidas em três direções prioritárias: promoção da saúde e bem-estar na velhice, participação ativa dos idosos no desenvolvimento de sua sociedade e criação de um ambiente propício e favorável que realce as capacidades, habilidades e contribuições dos idosos (ONU, 2003; BATISTA, 2011).

Já a Política do Envelhecimento Ativo tem como objetivo aumentar a qualidade de vida dos indivíduos que envelhecem. A palavra “ativo” se remete à participação contínua nas questões econômicas, culturais, civis e sociais, reconhecendo os idosos como sujeito de

direitos (OMS, 2005). Essa política tem a saúde como um de seus pilares básicos, e as ações neste âmbito deve considerar a manutenção em níveis baixos dos fatores de risco ambientais e comportamentais para doenças crônicas e declínio funcional e elevação dos fatores de proteção (BATISTA, 2011).

No Brasil os idosos começaram a ser alvo das Políticas Públicas a partir da Constituição Federal de 1988, que tinha como fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana, eliminando quaisquer formas de discriminação ou distinção de qualquer natureza, o que inclui as de sexo e idade (BRASIL, 1988). No entanto somente no ano de 1994 foi criada a Política Nacional do Idoso, a partir da lei nº 8.842 e regulamentada pelo decreto nº 1948. Esta política reitera o dever da família, sociedade e Estado em assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para integração e participação efetiva na sociedade e promoção de sua autonomia, vetando qualquer forma de discriminação contra a pessoa idosa. Entre as atribuições do Ministério da Saúde detalhadas no decreto nº 1.948, destacam-se:

- ✓ Garantir ao idoso à assistência integral à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS;
- ✓ Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS;
- ✓ Favorecer o autocuidado e o cuidado informal do idoso;
- ✓ Incentivar a permanência do idoso em sua comunidade (BRASIL, 1996).

Diante disto a política incentiva a implementação de centros de convivência, centros-dia, hospitais-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimento domiciliar (BRASIL, 1996).

Posteriormente, através da Portaria 1395/GM, foi criada a Política de Saúde do Idoso. Tendo como propósitos: a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria e/ou manutenção da capacidade funcional, a fim de garantir aos idosos sua permanência no meio em que vivem de forma independente. Entende-se por envelhecimento saudável o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, qualidade de vida e autonomia, a partir de ações que orientem os indivíduos para a adoção precoce de hábitos de vida saudáveis e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde. (BRASIL, 1999)

Já no ano de 2003, por meio da lei nº 10.741, foi criado o Estatuto do Idoso que tem como objetivo assegurar facilidades e oportunidades para preservação da saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, espiritual, intelectual e social dos idosos. Para tanto, atribui à família, comunidade, sociedade e Poder Público a obrigação de garantir ao idoso a efetivação

de seus direitos, a saber: os direitos à vida, cidadania, liberdade, dignidade, alimentação, saúde, trabalho, cultura, educação, lazer, esporte e convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

O Estatuto reafirma ainda, o texto constitucional de 1988 delineando que nenhum idoso poderá sofrer qualquer tipo de discriminação, negligência, opressão, violência ou crueldade. Outra prioridade é o atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar. No que tange, especificamente ao direito à saúde, o Estatuto prevê ações e serviços no sentido de favorecer a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde visando atenção integral à saúde do idoso. (BRASIL, 2003)

A política mais recente no Brasil é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, cuja finalidade é manter, recuperar e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Como diretrizes aponta para: a promoção do Envelhecimento Ativo e saudável, seguindo as orientações do documento “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, estímulo à participação e fortalecimento do controle social e atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades dos três entes federativos. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância à saúde da pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2006)

A PNSPI define que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/ Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica foi regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006 e caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e



continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

O aumento da expectativa de vida precisa ser acompanhado de qualidade de vida, o que demanda uma abordagem ampla, transdisciplinar e intersetorial na atenção aos idosos. Portanto, é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo e analítico de corte Transversal. Segundo Costa e Barreto (2003) no estudo transversal a relação exposição-doença de uma população é investigada em um momento específico, fornecendo dados de prevalência e um retrato da condição de saúde somente daquele determinado momento.

As vantagens do estudo transversal são a rapidez, o baixo custo, a identificação de casos e a detecção de grupos de risco. Entretanto existem algumas limitações, como por exemplo, seu baixo poder analítico, o que impede a testagem de hipóteses de causalidade, limitando-se apenas à testagem de hipóteses de associação entre variáveis (COSTA e BARRETO, 2001).

Optou-se por este tipo de estudo, visto que o descritivo permitiu descrever as características da amostra, o analítico permitiu explicar os resultados através do exame das relações e correlações estatísticas entre as variáveis e o transversal porque os dados foram recolhidos em um único momento.

#### **3.2 Local de Estudo**

O estudo foi desenvolvido na Unidade Municipal de Saúde do Guamá (UMS-Guamá), localizada na cidade de Belém-Pará.

Segundo os dados do último censo realizado pelo IBGE (2010), o município de Belém apresenta um contingente populacional de 1.393.399 habitantes distribuídos em 71 bairros, compondo 08 Distritos Administrativos que funcionam como unidade de planejamento territorial. A UMS-Guamá está localizada em uma área periférica da cidade, fazendo parte do Distrito D'AGUA, cujo quantitativo de habitantes é de aproximadamente 342.742. No bairro do Guamá especificamente residem 94.610 pessoas.

A Unidade conta com os programas de pré-natal, controle da hipertensão e diabetes mellitus, teste do pezinho, planejamento familiar, sala de vacinação, programa do idoso, solicitação de exames e tratamento para tuberculose e hanseníase. Além disso, oferece atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, dermatologista, pneumologista, nutricionista, assistente social, odontólogo e fisioterapeuta.

### 3.3 População e Cálculo Amostral

População é um conjunto de elementos que se deseja estudar e que possuem pelo menos uma característica em comum. Uma amostra pode ser caracterizada como um subconjunto de elementos de uma população. Este subconjunto deve ter dimensão menor e seus elementos devem ser representativos da população (DALFOVO, LANA e SILVEIRA, 2008).

A população desse estudo foi constituída de 144 idosos cadastrados no período de 2014 a 2016 no programa instituído pelo Ministério da Saúde para promover a redução da morbidade e mortalidade relacionada às duas doenças crônicas mais prevalentes no Brasil, a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus. Para identificação do número de idosos inscritos no período de 2014 a 2016 no programa, consultou-se o livro de registro do mesmo. A partir do número total foi realizado o cálculo da amostra por meio de amostragem aleatória simples, onde o erro máximo aceitável foi estimado em 5%, nível de confiança de 95% e prevalência de 30 % do desfecho. Logo o tamanho amostral necessário foi de 100 idosos.

Cálculo realizado através da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n = amostra calculada

N = tamanho populacional igual a 144 idosos

Z = 95%, variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p = proporção esperada igual a 30,0%.

e = erro amostral de 5,0%

### 3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a participação dos idosos no estudo:

- ✓ Ter idade mínima igual ou acima de 60 anos, condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei n° 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso;

- ✓ Estar cadastrado no programa de controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus da Unidade Municipal de Saúde do Guamá.

Foram excluídos do estudo:

- ✓ Idosos que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3.5 Variáveis Investigadas

Variável é a característica observada, medida ou contada nos elementos da população ou da amostra e que pode assumir um valor diferente de elemento para elemento. Quando se pretende analisar as correlações entre as variáveis podemos classifica-las em: variável dependente e variável independente. Numa mesma investigação podem existir variáveis dependentes submetidas ao efeito de uma ou mais variáveis independentes (DALFOVO, LANA e SILVEIRA, 2008).

Assim sendo, a variável dependente do estudo foi a sintomatologia depressiva, avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida de 15 itens.

As variáveis independentes foram categorizadas do seguinte modo:

- ✓ **Sexo:** Masculino e feminino;
- ✓ **Idade:** 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos, 90 a 99 anos.
- ✓ **Escolaridade:** não alfabetizado, ensino básico, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio, ensino superior;
- ✓ **Estado civil:** solteiro, casado, união estável, viúvo, separado, divorciado;
- ✓ **Número de pessoas que residem na mesma casa:** mora sozinho, com uma pessoa, duas pessoas, três pessoas, com mais de três pessoas.
- ✓ **Renda familiar:** até um salário mínimo, de um a três salários mínimos, de três a seis salários, mais de seis salários mínimos;
- ✓ **Auto percepção da saúde:** excelente, muito boa, boa, regular e ruim.
- ✓ **Doenças crônicas auto referida:** hipertensão, diabetes, hipertensão e diabetes, mais de duas doenças crônicas.
- ✓ **Participação em grupo de convivência:** dicotomizada em sim ou não;
- ✓ **Prática de exercício físico:** não pratica, pratica de 2 a 3 vezes por semana, pratica mais de 3 vezes por semana;

- ✓ **Capacidade funcional:** categorizada como dependentes ou independentes nas ABVD e AIVD;
- ✓ **Capacidade cognitiva:** categorizada como normal ou declínio cognitivo.

### 3.6 Instrumentos de Coleta de Dados

- ✓ **Questionário sócio demográfico e econômico:** instrumento para coleta de informações pessoais dos sujeitos da pesquisa que envolve gênero, idade, escolaridade, estado civil, número de pessoas que residem na mesma casa, renda familiar, doença crônica auto referida, prática de exercício físico e auto percepção da saúde. (APÊNDICE B)
- ✓ **Mini Exame do Estado Mental (MEEM):** proposto por Folstein et al, o MEEM é o instrumento mais utilizado na investigação de déficits cognitivos, sugestivos de demência. No Brasil foi validado por Bertolucci et al, que propôs notas de corte de acordo com o nível educacional. Este instrumento avalia a orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. O escore varia de 0 a 30 pontos. As notas de corte utilizadas neste estudo foram: Analfabetos = 19; 1 a 3 anos de escolaridade = 23; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28. (ANEXO A)
- ✓ **Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida de 15 itens (GDS-15):** escala desenvolvida especificamente para a população idosa, de tal modo que seus itens levam em conta as características da depressão nesses indivíduos. A escala permite que os entrevistados classifiquem os itens como presentes ou ausentes por meio de respostas dicotômicas sim/não. Uma pontuação entre 0 e 5 considera-se normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa. (ANEXO B)
- ✓ **Escala de Katz:** é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as atividades da vida diária. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. (ANEXO C)

- ✓ **Escala de Lawton e Brody:** avalia o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. As pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções, que são: utilizar o telefone, utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, preparar refeições e cuidar das próprias finanças. Os participantes são avaliados quanto ao grau de dificuldade para a realização de cada uma das atividades acima descritas, considerando-se três opções de resposta (sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue). A pontuação máxima é de 27 pontos. Neste estudo, adotamos a seguinte classificação: independência (27 pontos), dependência parcial (26 a 18) e dependência total ( $\leq 18$  pontos). (ANEXO D)

### 3.7 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual em sala de consulta do anexo da Universidade Federal do Pará, localizado ao lado da UMS-Guamá. Considerou-se para a entrevista o agendamento de consulta médica ou de enfermagem, momento em que os idosos foram convidados a participar do estudo.

Primeiramente realizou-se a caracterização da amostra, através de um questionário com características sócio demográficas e de condições da saúde. Em seguida os idosos foram avaliados quanto à capacidade cognitiva, presença de sintomas depressivos e capacidade funcional através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala de Katz e escala de Lawton e Brody respectivamente.

### 3.8 Análise dos Dados

Neste estudo foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (amostras independentes) para associação. Trata-se de um teste de hipótese que usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula ( $H_0$  = Não existe associação significativa entre as variáveis). É um teste estatístico para  $n$  amostras cujas proporções das diversas modalidades estão dispostas em tabelas de frequência, sendo os valores esperados deduzidos matematicamente, procurando-se determinar se as proporções observadas nas diferentes categorias apresentam tendências e

associações (AYRES et al., 2015). No caso de variáveis contendo frequências menores que 5, onde não é possível realizar o Teste  $\chi^2$ , optou-se pelo teste G, tanto para tendência, como para associação.

Para realização do teste, foi adotado um nível de significância de p-valor  $< 0.05$ , ou seja, se p-valor  $< 0.05$  aceita-se  $H_1$  = Existe associação significativa entre as variáveis (BUSSAB, 2010).

Desta forma, os dados coletados foram tabulados, interpretados, processados e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para a análise dos dados foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema *Microsoft Excel*, *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, todos em ambiente Windows 7.

### **3.9 Aspectos Éticos**

O projeto ocorreu em conformidade com a resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, submetendo-se à apreciação do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Pará, sendo aprovado através do CAAE de nº: 56824716.8.0000.0018. Aos participantes da pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde os mesmos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a presença do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa, caso julgassem necessário.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização da amostra

No que concerne aos resultados do perfil sócio demográfico da população estudada a análise se mostrou semelhante às tendências observadas em estudos epidemiológicos. A saber: predomínio do sexo feminino, faixa etária entre 60 a 69 anos, estado civil casado (a), nível de escolaridade básico e renda familiar mensal até 3 salários mínimos. A amostra é composta por 100 idosos de ambos os sexos.

**Tabela 1:** Perfil sócio demográfico e econômico dos idosos participantes da pesquisa. Belém/PA (2017).

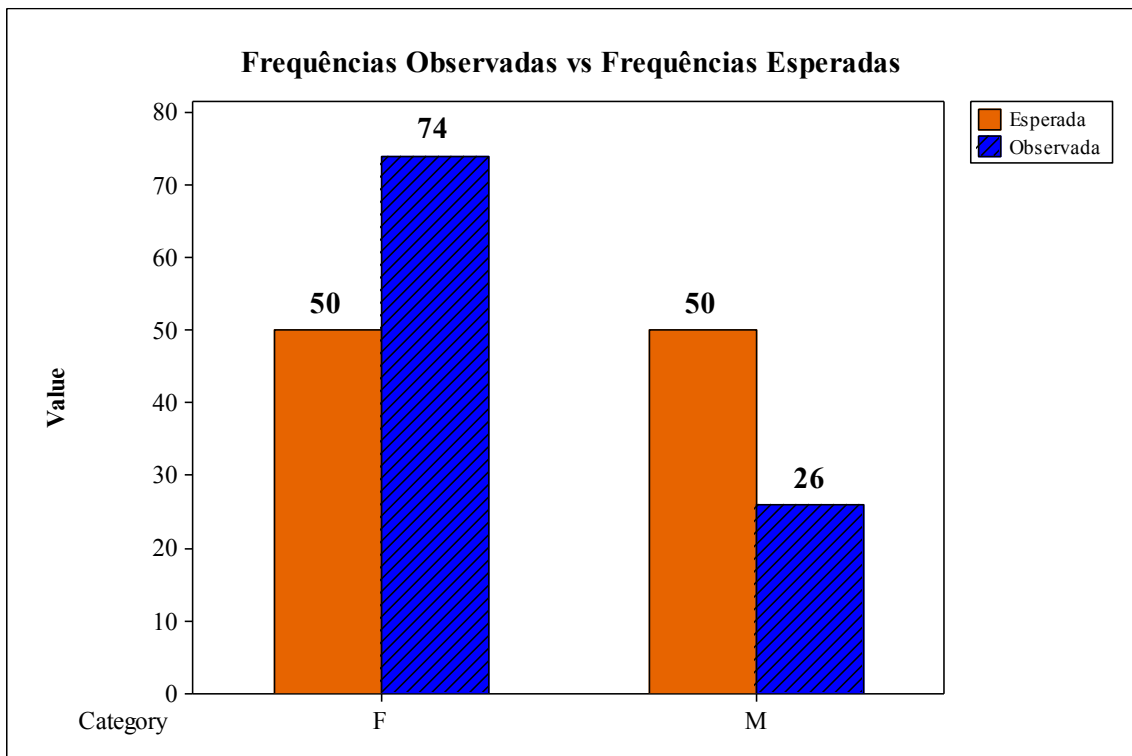
<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	74	74,00
Masculino	26	26,00
<b>Faixa Etária</b>		
60-69	57	57,00
70-79	36	36,00
80-89	6	6,00
90-99	1	1,00
<b>Estado Civil</b>		
Casado	42	42,00
Solteiro	24	24,00
Viúvo	22	22,00
Divorciado	8	8,00
União Estável	4	4,00
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	20	20,00
Ensino básico (até 3 anos)	60	60,00
Ensino fundamental incompleto	9	9,00
Ensino fundamental completo	8	8,00
Ensino médio completo	2	2,00
Ensino superior	1	1,00
<b>Renda Familiar</b>		
Até 1 salário	38	38,00
De 1 a 3 salários	60	60,00
De 3 a 6 salários	2	2,00
<b>Com quantas pessoas mora?</b>		
Mora sozinho	7	7,00
Com uma pessoa	5	5,00
Com 2 pessoas	26	26,00
Com 3 pessoas	29	29,00
Com mais de 3 pessoas	33	33,00

**Fonte:** Dados resultantes da pesquisa (2017)



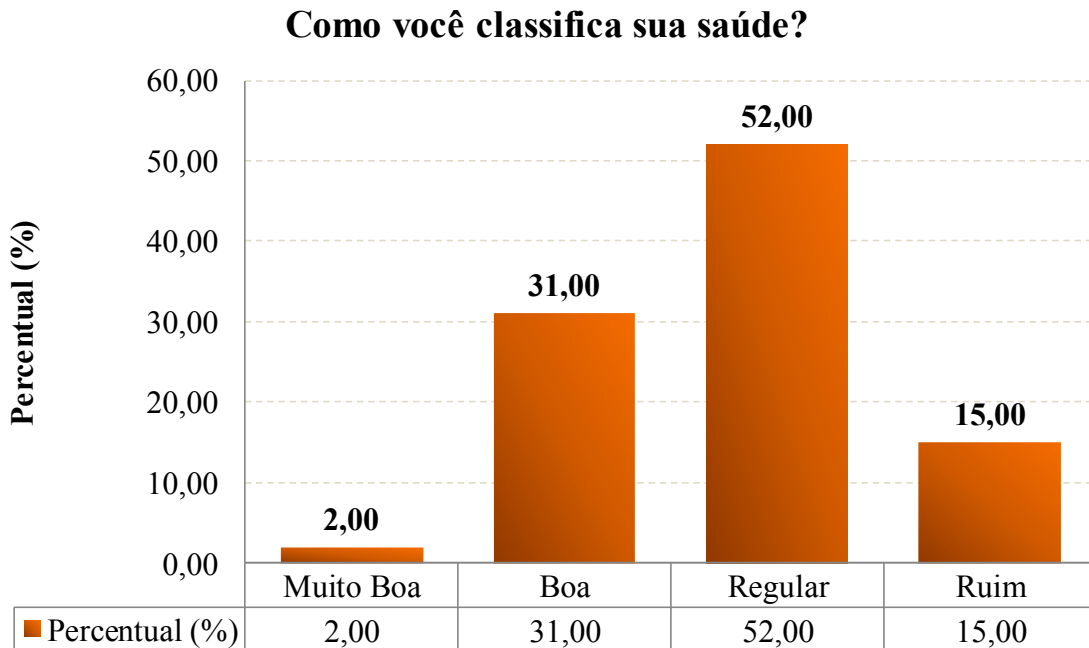
Ressalta-se que o envelhecimento no Brasil, assim como em outros países, configura-se como um fenômeno predominantemente feminino. Dados do último censo demográfico brasileiro revelou que as mulheres são a maioria (55,8%) entre os idosos. Este fenômeno é descrito por Lebrão e Laurenti (2005) como feminização da velhice e é resultado da maior expectativa de vida nas mulheres.

**Figura 1:** Frequências observadas e esperadas de idosos participantes da pesquisa, segundo o sexo. Belém/PA (2017).



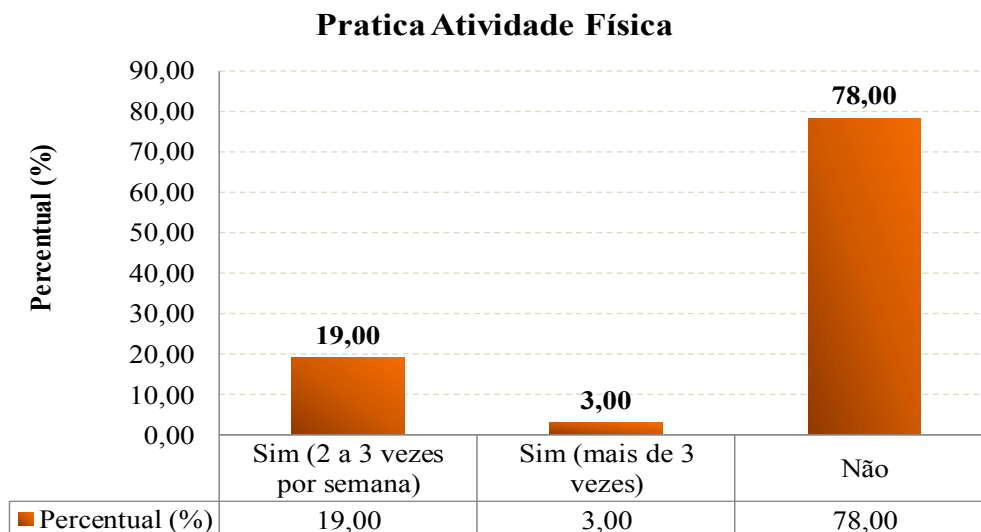
Quanto à condição de saúde as avaliações mostram que 67% dos entrevistados consideram a sua saúde regular ou ruim. A auto percepção da saúde é um dos indicadores mais utilizados em estudos epidemiológicos com idosos, pois reflete um entendimento de mudanças biológicas e fisiológicas que levam a perceber a própria saúde, de forma positiva ou negativa, podendo representar melhor o estado de saúde do que medidas objetivas.

**Figura 2:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo a percepção do idoso sob a classificação da sua saúde. Belém/PA (2017).



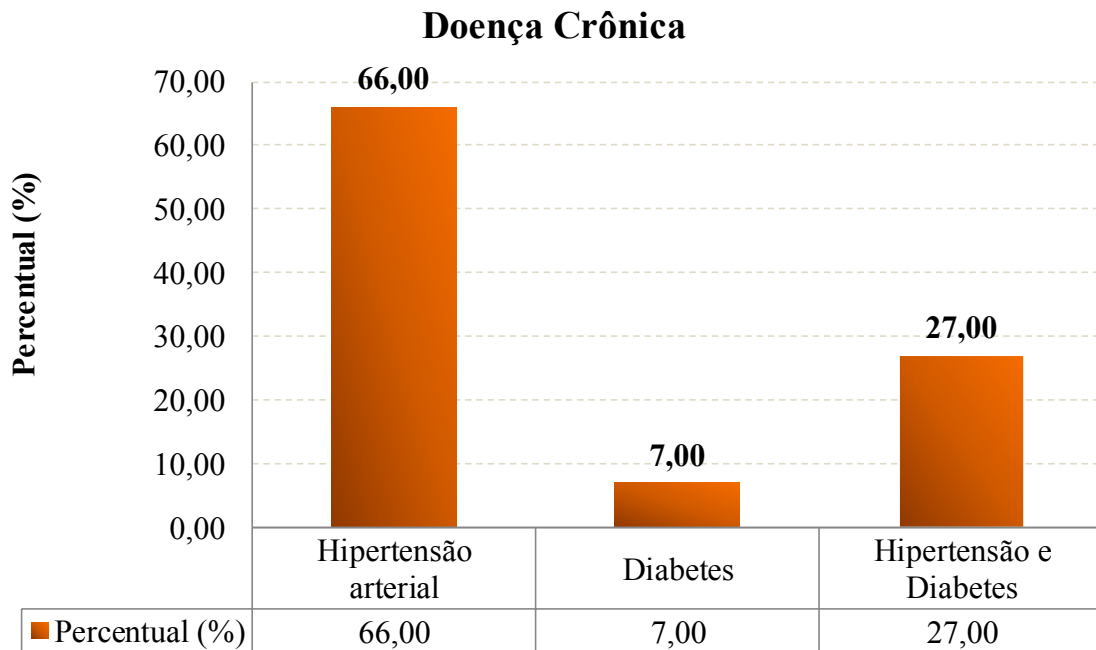
Verifica-se na figura 8 que a maioria dos idosos (78; 78%) afirma não praticar atividade física. Importante ressaltar que entre os idosos que afirmaram praticar atividade física, a maioria (19; 19%) o faz 2 a 3 vezes por semana.

**Figura 3:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo a prática de atividade física. Belém/PA (2017).



Verifica-se na figura 9 que a maioria dos idosos (66; 66%) declara ter Hipertensão arterial, 7% Diabetes Mellitus e 27% declara possuir as duas doenças.

**Figura 4:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo a existência de Doenças Crônicas. Belém/PA (2017).



#### 4.2 Avaliação do desempenho cognitivo, depressão e funcionalidade

Dando continuidade, esta pesquisa buscou identificar a presença de sintomas depressivos, déficit cognitivo e prejuízo funcional entre os idosos participantes.

Verifica-se na tabela 5 que a prevalência de depressão foi estimada em 22% da amostra, valor semelhante ao encontrado na literatura científica. Estudos de base populacional conduzidos no Brasil utilizando a GDS-15 encontraram prevalências de 15% a 30% de depressão nesta faixa etária (SANTOS e TAVARES, 2012; BRETANHA et al, 2015; SASS et al, 2012).

**Tabela 2:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o nível de depressão apresentado na GDS-15. Belém/PA (2017).

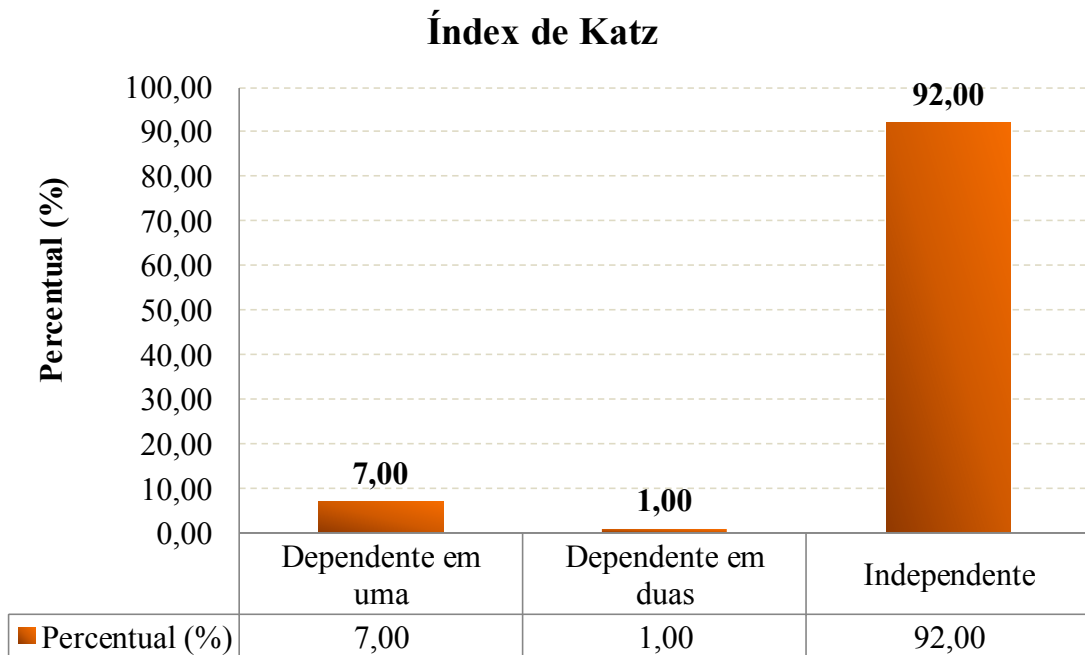
<b>GDS - 15 (Nível de Depressão)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	78	78,00
Depressão Leve	21	21,00
Depressão Severa	1	1,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Dados resultantes da pesquisa (2017).

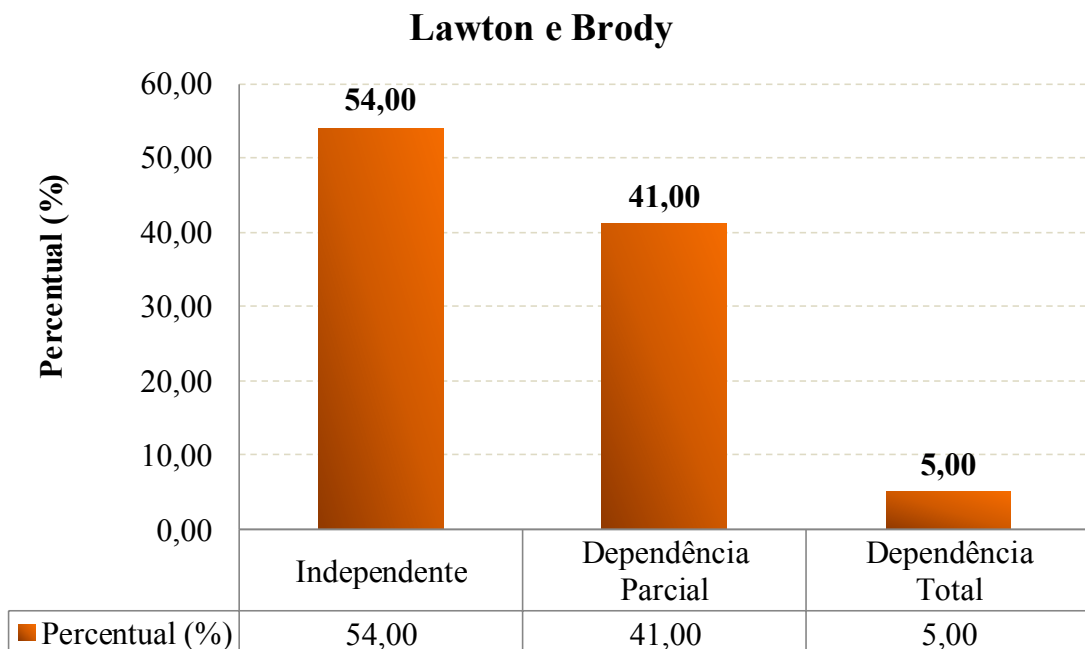
Verifica-se na figura 11 que a maior proporção dos idosos entrevistados foi considerada independente para a realização de atividades básicas da vida diária, apenas 7% referiram dependência em realizar uma das atividades e 1% dependente em duas atividades. No entanto, uma parcela expressiva apresentou dependência nas atividades instrumentais da vida diária, 41% relataram dependência parcial e 5% dependência total, evidenciado na figura 12.

A maior prevalência de dependência nas AIVD está de acordo com os resultados do estudo realizado por Fialho, et al (2014) na região metropolitana de Belo Horizonte (MG), evidenciando que a dificuldade em realizar atividades mais elaboradas e de maior complexidade responde pela maior parcela da incapacidade funcional encontrada nessa população. Segundo o mesmo autor a incapacidade funcional é um processo progressivo, logo a limitação em atividades mais fortemente relacionadas à vida social antecede aquelas relacionadas a atividades de autocuidado e de sobrevivência. Assim sendo, a dependência em alguma AIVD predispõe ao comprometimento em ABVD.

**Figura 5:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o Índice de Katz apresentado. Belém/PA (2017).



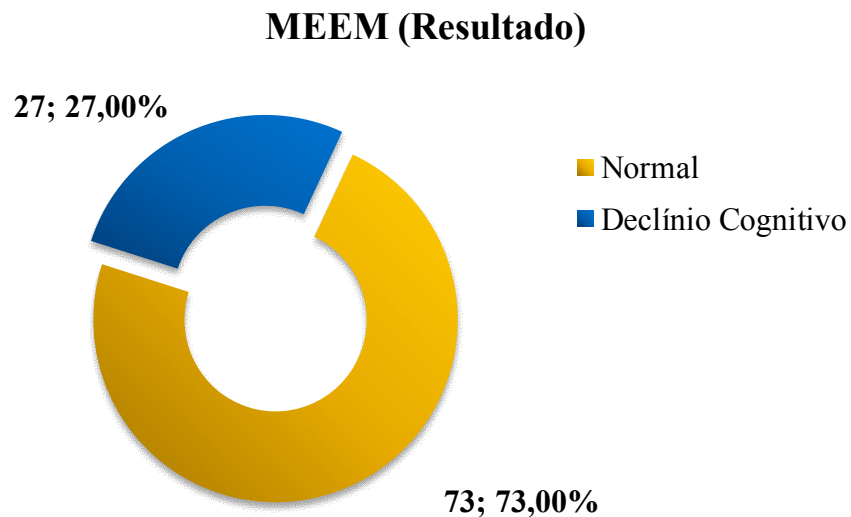
**Figura 6:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o Índice de Lawton e Brody apresentado na pesquisa. Belém/PA (2017).



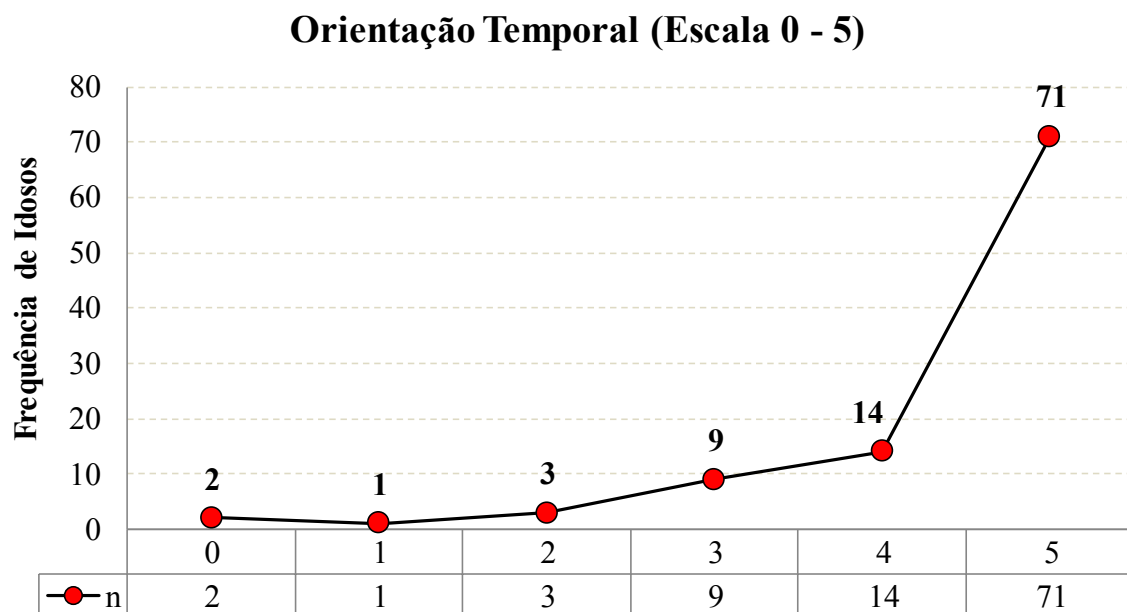
Em relação ao estado mental, foi identificado déficit cognitivo em 27% dos idosos entrevistados. Pesquisas têm demonstrado prevalências superiores à encontrada nesse estudo.

Gomes, Ruiz e Corrente (2011) identificaram 38,7% de deterioração cognitiva em idosos residentes na cidade de Botucatu (SP). Outro estudo de corte transversal realizado com idosos na cidade do Rio de Janeiro (RJ) identificou prevalência de 30,2% (FARIAS et al, 2013).

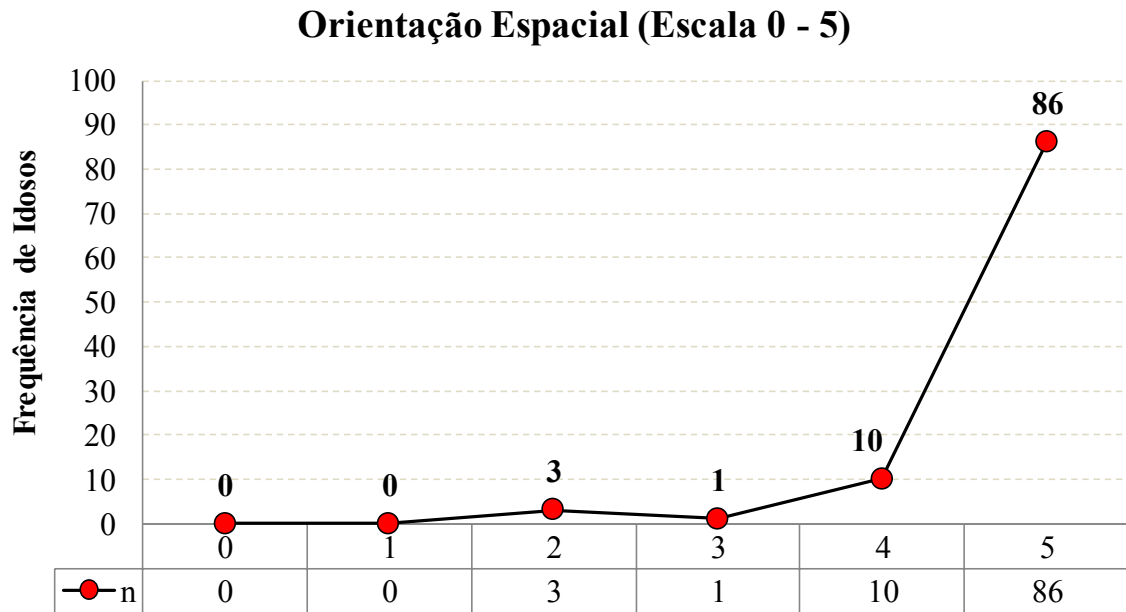
**Figura 7:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o MEEM. Belém/PA (2017).



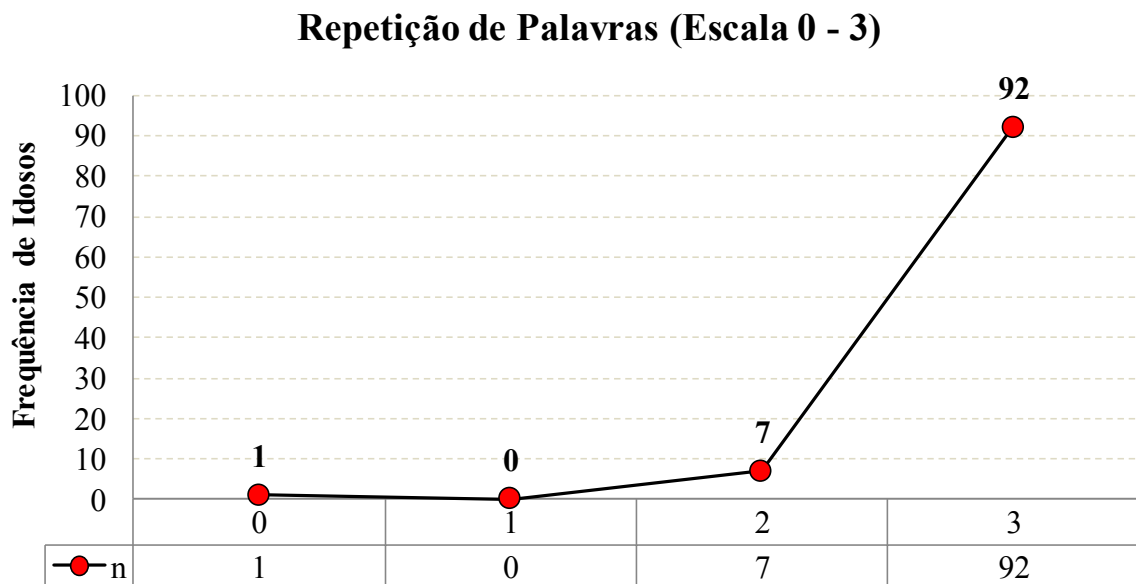
**Figura 8:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Orientação Temporal (MEEM). Belém/PA (2017).



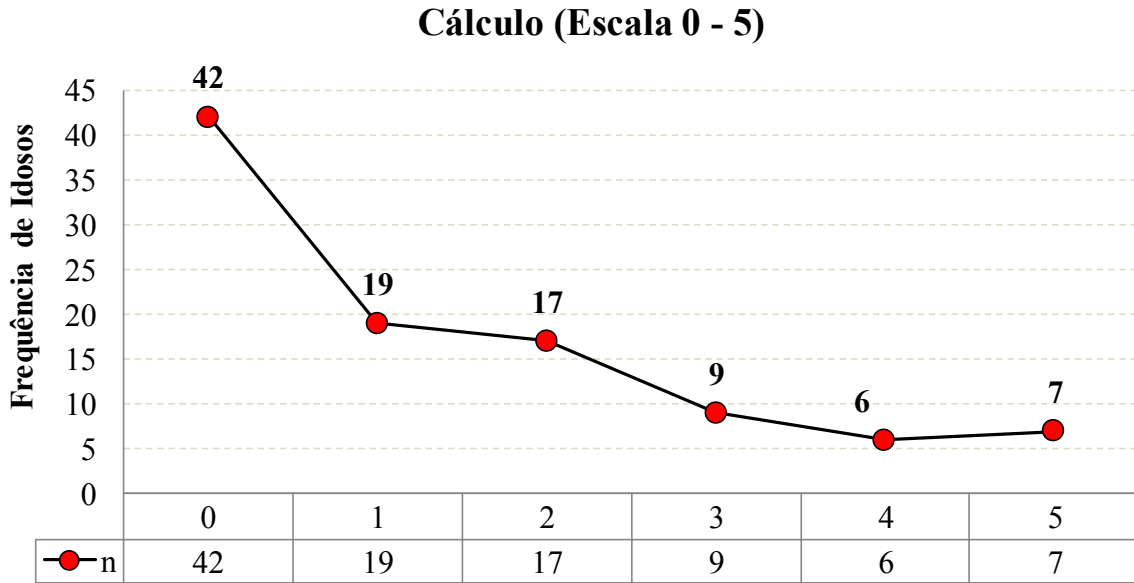
**Figura 9:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Orientação Espacial (MEEM). Belém/PA (2017).



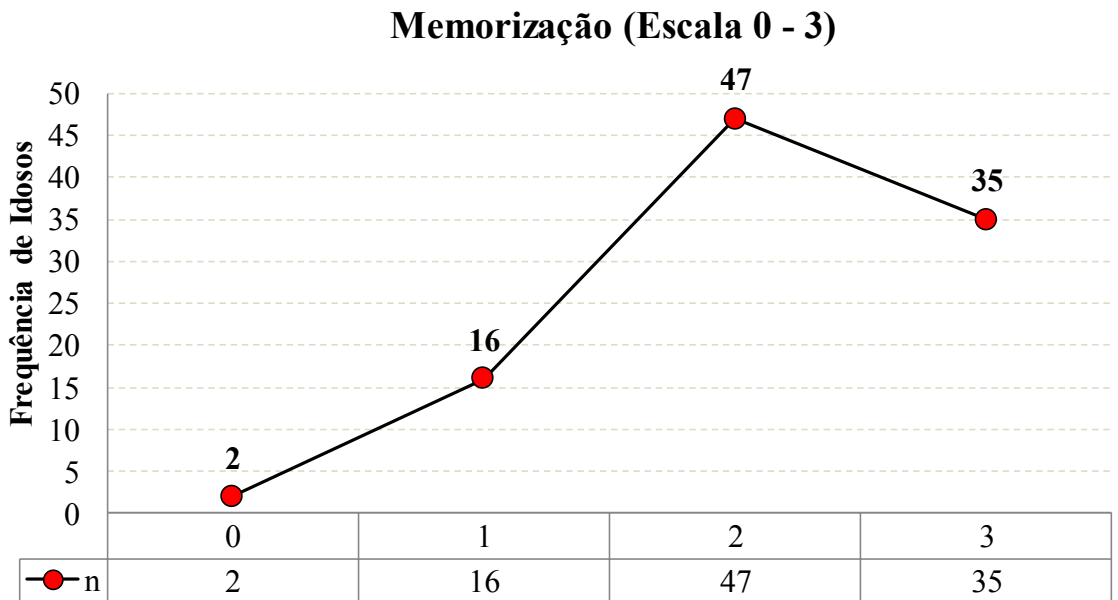
**Figura 10:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Repetição de Palavras (MEEM). Belém/PA (2017).



**Figura 11:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Cálculo (MEEM). Belém/PA (2017).

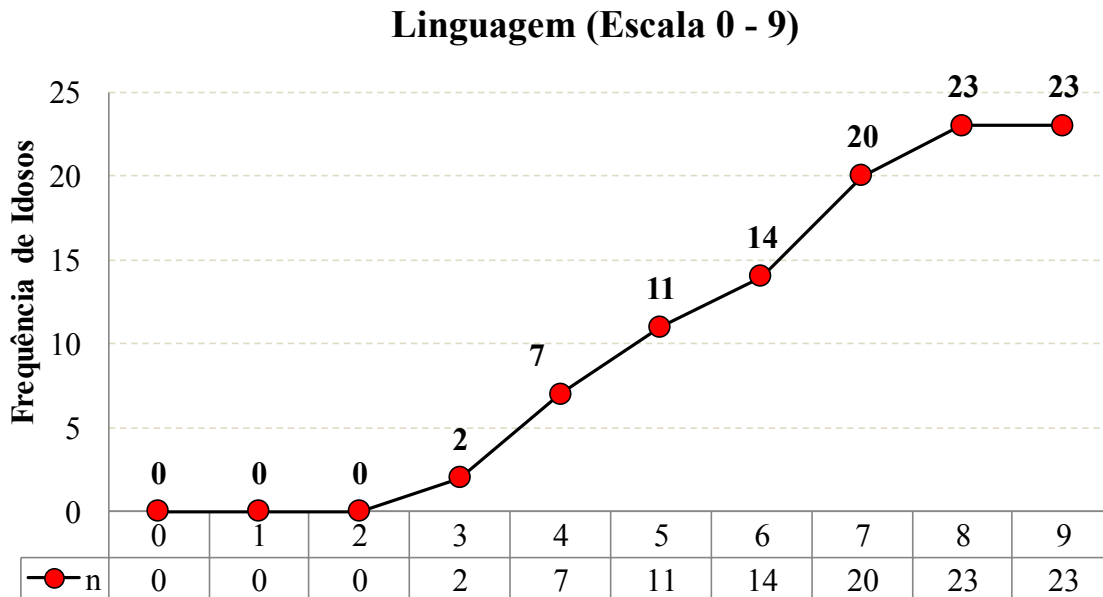


**Figura 12:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de memorização (MEEM). Belém/PA (2017).





**Figura 13:** Distribuição dos idosos participantes da pesquisa, segundo o resultado apresentado no domínio de Linguagem. Belém/PA (2017).



#### 4.3 Associações entre as variáveis

A tabela 1 mostra a distribuição de idosos segundo as características socioeconômicas e condições de saúde relacionadas com a presença de sintomas depressivos, obtido por meio da GDS-15.

A sintomatologia depressiva associou-se significativamente à auto percepção de saúde, como em outras investigações. Observa-se que os idosos com pontuação normal, em sua maioria, classificam sua saúde como boa (31; 39,74%), enquanto que os idosos com indicativo de depressão, em sua maioria, classificam sua saúde como regular (14; 66,67%). Borges (2013), refere que o relato regular/ruim sobre a própria saúde pode ser entendido como sintoma depressivo em alguns casos.

Verifica-se ainda que o indicativo de depressão influencia na participação dos idosos nos grupos de convivência, pois a frequência de idosos com pontuação normal nestes grupos foi maior (27; 34,62%), enquanto que apenas 1 (4,76%) idoso com sintomas depressivos participa do grupo de convivência. Esta diferença é significativa ( $p < 0.05$ ). Almeida, et al (2010) avaliou a qualidade de vida e a presença de depressão entre idosos participantes e não participantes em grupos de convivência e constatou que os idosos que participam de grupos de convivência apresentam melhor qualidade de vida e menor ocorrência de depressão quando comparados a idosos que não participam de grupos de terceira idade.

Constatou-se que tanto os idosos com pontuação normal (58; 74,36%) como os idosos com sintomas depressivos (19; 90,48%), em sua maioria, não pratica exercício físico. Entretanto, quando observamos os idosos que declaram praticar atividade física, verifica-se que a frequência é maior entre os idosos sem indicativo de depressão (17; 21,79%) e esse achado foi estatisticamente significativo. Estudo conduzido por Benedetti, et al (2008) e por Galli, et al (2016) apontam relação entre os níveis de atividade física e o estado de saúde mental, ou seja, a associação evidencia menor prevalência de indicadores de depressão para os idosos fisicamente ativos, haja vista que o exercício físico promove a estimulação corporal e amplia o convívio social ajudando no enfrentamento e na prevenção de quadros depressivos. Promover o envelhecimento ativo se configura como uma valiosa estratégia de promoção da saúde mental dos idosos.

**Tabela 3:** Distribuição dos idosos segundo a associação entre depressão e características socioeconômicas e condições de saúde dos idosos.

Variável	EDG-15						P-Valor <sup>(1)</sup>
	Normal (n = 78)		Depressão Leve (n = 21)		Depressão Severa (n = 1)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	56	71,79	17	80,95	1	100,00	0.5067ns
Masculino	22	28,21	4	19,05	0	0,00	
<b>Faixa Etária</b>							
60-69	45	57,69	11	52,38	1	100,00	0.4909ns
70-79	26	33,33	10	47,62	0	0,00	
80-89	6	7,69	0	0,00	0	0,00	
90-99	1	1,28	0	0,00	0	0,00	
<b>Estado Civil</b>							
Solteiro	19	24,36	4	19,05	1	100,00	0.7484ns
Casado	35	44,87	7	33,33	0	0,00	
União estável	3	3,85	1	4,76	0	0,00	
Divorciado	6	7,69	2	9,52	0	0,00	
Viúvo	15	19,23	7	33,33	0	0,00	
<b>Escolaridade</b>							
Não alfabetizado	12	15,38	7	33,33	1	100,00	0.6318ns
Ensino básico (até 3 anos)	50	64,10	10	47,62	0	0,00	
Ensino fundamental incompleto	7	8,97	2	9,52	0	0,00	
Ensino fundamental completo	6	7,69	2	9,52	0	0,00	
Ensino médio completo	2	2,56	0	0,00	0	0,00	
Ensino superior	1	1,28	0	0,00	0	0,00	
<b>Renda</b>							
Até 1 salário	26	33,33	11	52,38	1	100,00	0.2705ns
De 1 a 3 salários	50	64,10	10	47,62	0	0,00	
Mais de 3 salários	2	2,56	0	0,00	0	0,00	

Variável	EDG-15						P-Valor <sup>(1)</sup>
	Normal (n = 78)		Depressão Leve (n = 21)		Depressão Severa (n = 1)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Mora com quantas pessoas?</b>							
Mora sozinha	5	6,41	2	9,52	0	0,00	0.5485ns
1 pessoa	5	6,41	0	0,00	0	0,00	
2 pessoas	18	23,08	7	33,33	1	100,00	
3 pessoas	22	28,21	7	33,33	0	0,00	
Mais de 3 pessoas	28	35,90	5	23,81	0	0,00	
<b>Como classifica sua saúde?</b>							
Muito boa	2	2,56	0	0,00	0	0,00	0.0002**
Boa	31	39,74	0	0,00	0	0,00	
Regular	38	48,72	14	66,67	0	0,00	
Ruim	7	8,97	7	33,33	1	100,00	
<b>Participa de grupo de convivência?</b>							
Sim	27	34,62	1	4,76	0	0,00	0.0070*
Não	51	65,38	20	95,24	1	100,00	
<b>Pratica exercício físico?</b>							
Sim (2 a 3 vezes por semana)	17	21,79	2	9,52	0	0,00	0.0374*
Sim (mais de 3 vezes)	3	3,85	0	0,00	1	4,76	
Não	58	74,36	19	90,48	0	0,00	
<b>Doença Crônica</b>							
Hipertensão arterial	55	70,51	11	52,38	0	0,00	0.1843ns
Diabetes	6	7,69	1	4,76	0	0,00	
Hipertensão e diabetes	17	21,79	9	42,86	1	4,76	

**Fonte:** Dados resultantes da pesquisa (2017).

<sup>(1)</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson para associação (p-valor <0.05).

\*\* Valores Altamente significativos; \*Valores Significativos; <sup>NS</sup> Valores Não Significativos.

**H<sub>1</sub>:** Existe associação significativa (p<0.05).

Verifica-se na tabela 15 a comparação dos valores médios obtidos nas escalas de avaliação aplicadas aos idosos, segundo o sexo. De forma que para todos os testes não houve diferença significativa entre os idosos segundo o sexo, exceto para a GDS-15, onde as mulheres apresentaram média significativamente (p<0.05) superior ( $\mu = 3,89 \pm 3,62$ ) da apresentada pelos homens (figura 21), e no domínio de Memorização do MEEM (figura 27), onde os homens apresentaram média superior ( $\mu = 2,38 \pm 0,63$ ) da apresentada pelas mulheres.

Esse resultado ratifica o fato de que as mulheres são mais suscetíveis à ocorrência de depressão do que os homens. Um estudo prospectivo realizado com 310 idosos em Juiz de Fora (MG) revelou que a frequência de mulheres foi maior nos grupos de incidência e recorrência de depressão e a de homens, nos grupos que continuaram livres da condição

depressiva e entre os que mostraram remissão dos sintomas (BATISTONE, NERI e CUPERTINO, 2010).

A depressão, portanto, surge como uma questão de gênero, contudo, as explicações causais para esta diferença ainda são inconsistentes. Sabe-se que a maior longevidade das mulheres aumenta o risco de exposição a eventos potencialmente estressores o que pode influenciar na ocorrência de sintomas depressivos. Para Barbosa, et al (2014) a maior longevidade feminina nem sempre é vista como vantagem, pois embora as mulheres sejam mais longevas apresentam pior qualidade de vida.

Resultados de uma revisão integrativa sobre a feminização da velhice e sua interface com a depressão revelou que os principais fatores associados à ocorrência desses sintomas nas mulheres são: condições sociais desfavoráveis, presença de doença crônica, maior grau de dependência funcional, perda do cônjuge, abandono familiar e isolamento social. Para o autor ainda existem lacunas epistemológicas que demonstrem a interface entre o processo de feminização da velhice e depressão. Uma vez que, a produção científica pesquisada refere-se ao envelhecimento entre homens e mulheres sem levar em consideração as especificidades de gênero (SALES et al.,2016).

**Tabela 4:** Teste t de Student para comparação dos valores médios obtidos pelos idosos nas escalas e testes aplicados. Belém/PA (2017).

Teste	Sexo	Média	DP	P-valor
GDS-15	F	3,892	3,625	0.026*
	M	2,615	1,899	
MEEM	F	22,527	4,386	0.366 <sup>NS</sup>
	M	23,346	3,773	
Orientação temporal (0-5)	F	4,459	1,113	0.873 <sup>NS</sup>
	M	4,423	0,945	
Orientação espacial (0-5)	F	47,568	0,679	0.211 <sup>NS</sup>
	M	48,846	0,326	
Repita as palavras (0-3)	F	28,919	0,424	0.669 <sup>NS</sup>
	M	29,231	0,272	
Cálculo (0-5)	F	1,338	1,573	0.585 <sup>NS</sup>
	M	1,538	1,606	
Memorização (0-3)	F	2,068	0,782	0.045*
	M	2,385	0,637	
Linguagem (0-9)	F	6,986	1,659	0.583 <sup>NS</sup>
	M	7,192	1,625	

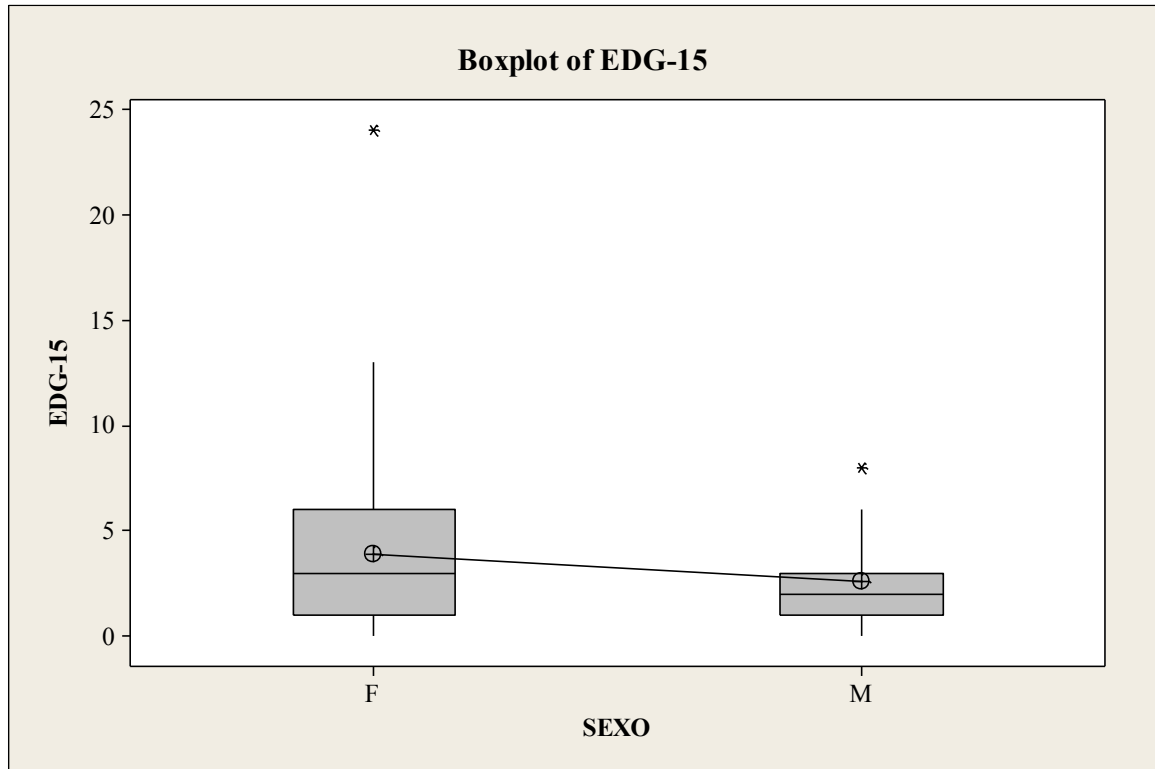
**Fonte:** Dados resultantes da pesquisa (2017).

1 Teste t de Student para comparação de médias (p-valor <0.05).

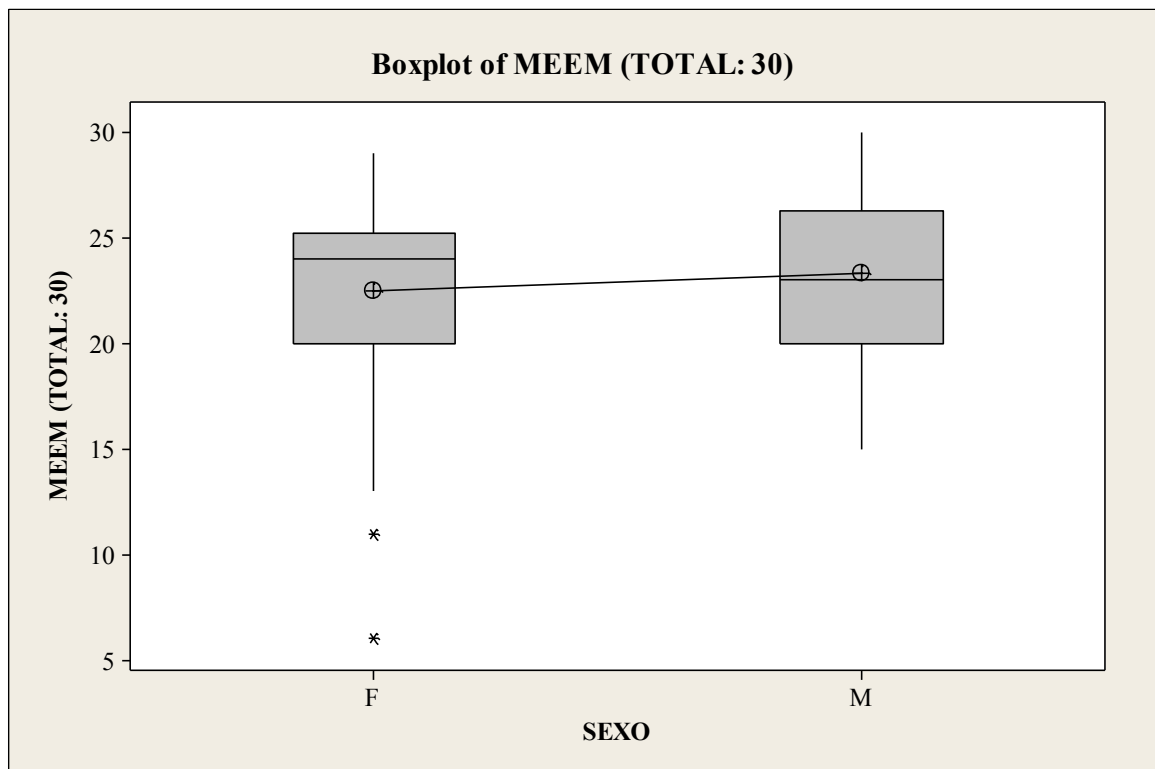
\*\* Valores Altamente significativos; \*Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe diferença significativa entre as médias (p<0.05).

**Figura 14:** Boxplot para comparação dos valores médios obtidos pelos idosos no teste EDG - 15 (Nível de Depressão). Belém/PA (2017).



**Figura 15:** Boxplot para comparação dos valores médios obtidos pelos idosos no teste MEEM. Belém/PA (2017).



#### ✓ **TESTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON**

O modelo de correlação de variáveis permite avaliar a influência negativa ou positiva entre duas variáveis de grandezas distintas ou não. Esse modelo parte da seguinte premissa: Se duas variáveis podem se movimentar conjuntamente, uma correlação pode ser estabelecida (FIGUEIREDO FILHO, SILVA JUNIOR, 2010). Se a variável A tende a aumentar quando B cresce, existe uma correlação positiva, isso indica que a elevação de uma variável afeta a outra positivamente. Se a variável A tende a cair quando B aumenta, existe uma correlação negativa, ou seja, uma correlação negativa indica movimentos opostos (FERREIRA, 2008). O valor de  $r$  está sempre entre  $-1$  e  $+1$ ; com  $r = 0$  o modelo indica que as variáveis não se correlacionam. Usamos o termo correlação positiva quando  $r > 0$ , e nesse caso à medida que cresce X o mesmo acontece com Y, e correlação negativa quando  $r < 0$ , e nesse caso à medida que X cresce Y decresce. Quanto maior o valor de  $r$ , tanto positivo quanto negativo, mais forte a associação (BUSSAB, 1990). O coeficiente  $r$  varia entre  $-1$  e  $+1$ , portanto, a correlação pode ser estabelecida a partir das seguintes situações analíticas:

**Quadro 1:** Intervalo do coeficiente de correlação de Pearson, segundo o grau de correlação.

<b>Correlação</b>	<b>Intervalo (R)</b>
Negativa perfeita	- 0,90 a - 1,00
Negativa forte	- 0,70 a - 0,89
Negativa moderada	- 0,40 a - 0,69
Negativa fraca	- 0,01 a - 0,39
Ausência	0
Positiva fraca	0,01 a 0,39
Positiva moderada	0,40 a 0,69
Positiva forte	0,70 a 0,89
Positiva perfeita	0,90 a 1,00

**Fonte:** BUSSAB (1990).

Verifica-se na matriz de correlação que a idade do idoso apresentou correlação negativa fraca com o resultado da GDS-15 ( $R^2 = -0,054$ ;  $p > 0,05$ ) ao contrário do MEEM que apresentou correlação moderada negativa ( $R^2 = -0,422$ ;  $p < 0,05$ ), ou seja, com o aumento da idade ocorre diminuição significativa do escore apresentado, confirmando esta como sendo um fator fortemente associado ao pior desempenho cognitivo.

Corroborando com o que foi exposto acima, dados de uma pesquisa realizada com idosos em uma instituição de longa permanência apontou relação inversa entre os valores médios dos escores do MEEM comparado com as faixas etárias. A faixa etária de 80 anos ou mais apresentou o menor escore diferindo estatisticamente da faixa etária de 60-69 anos (SOARES, COELHO e CARVALHO, 2012).

**Tabela 5:** Matriz de Correlação de Pearson entre os testes de avaliação e a idade do idoso participante da pesquisa.

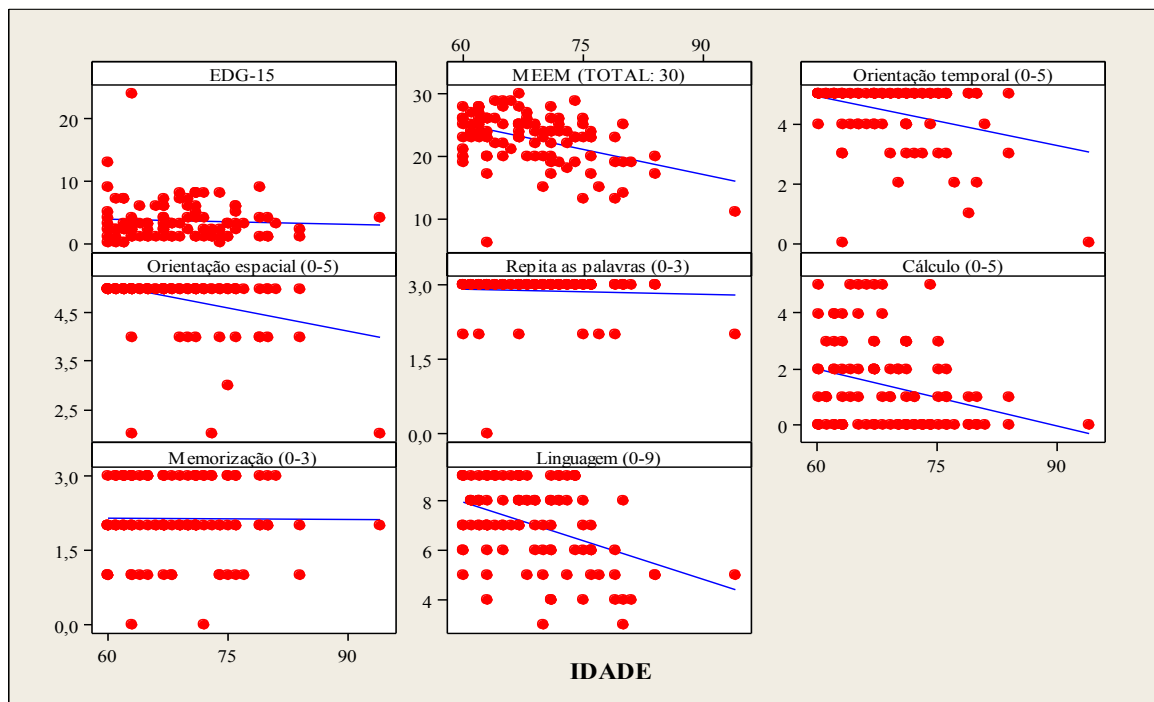
<b>Teste</b>	<b>Idade</b>	
	$R^2$	p-valor
EDG-15	-0,054	0,597 <sup>NS</sup>
MEEM	-0,422	0,000**
Orientação tempo	-0,346	0,000**
Orientação espacial	-0,350	0,000**
Repetição de palavras	-0,059	0,558 <sup>NS</sup>
Cálculo	-0,286	0,004**
Memorização	-0,011	0,913 <sup>NS</sup>
Linguagem	-0,422	0,000**

\*\* Valores Altamente significativos; \*Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

Teste de Correlação de Pearson.

H<sub>0</sub>: Existe correlação significativa entre as variáveis ( $p < 0,05$ ).

**Figura 16:** Matriz de Correlação de Pearson entre os testes de avaliação e a idade do idoso participante da pesquisa.



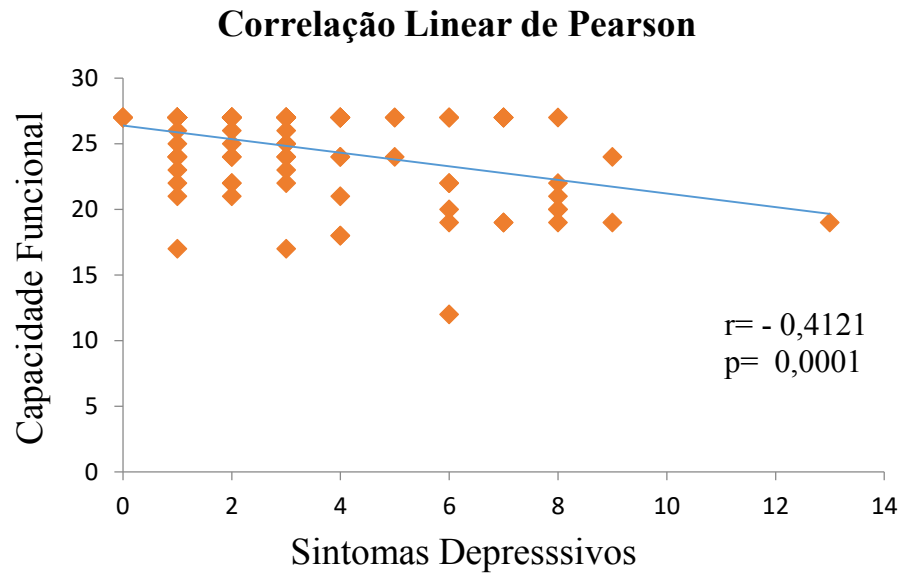
Verifica-se no gráfico de dispersão correlação negativa moderada entre o resultado da GDS-15 com a pontuação na escala de Lawton e Brody ( $R^2 = -0.4121$ ;  $p < 0,05$ ). Rejeitando-se assim a hipótese de nulidade e aceitando-se a alternativa de que quanto maior o nível de depressão avaliado através da GDS-15, menor o nível de independência nas AIVD.

Este é um achado consistente, haja vista que esta associação está bem estabelecida na literatura científica, seja para dependência em atividades básicas ou instrumentais. Resultado semelhante foi descrito por Hoffmann et al (2010) que verificou associação entre sintomas depressivos e dependência para as AIVD em idosos residentes em uma comunidade de Minas Gerais.

Estudos apontam para a existência de uma relação bidirecional de causa e efeito dessas condições, ou seja, tanto a depressão pode ser o fator primário para a incapacidade funcional, como a incapacidade funcional pode ser fator primário em relação à depressão. Isto porque o desenvolvimento de alguma limitação para realizar as atividades cotidianas pode gerar um sentimento negativo, o que pode levar a episódios depressivos. Da mesma forma, a redução do prazer nas atividades cotidianas, que é um dos sintomas da depressão, pode diminuir a capacidade de execução destas atividades, tornando-se mais difíceis (HOFFMANN et al., 2010; PAULA et al., 2013).



**Figura 17:** Relação entre sintomas depressivos e capacidade funcional.



## 6. CONCLUSÃO

Em síntese, o perfil da população estudada é predominantemente do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, baixa renda e faixa etária entre 60-69 anos. Quanto à percepção da saúde a maioria considera sua saúde como sendo regular.

Foi encontrada prevalência de suspeita de depressão em 22% da amostra e declínio cognitivo em 27% dos idosos entrevistados. Verificou-se que as mulheres são mais suscetíveis à ocorrência de depressão, assim como idosos sedentários e que a idade é um fator fortemente associado à diminuição do desempenho cognitivo.

Quanto à funcionalidade dos idosos entrevistados a maior parte foi considerada independente para a realização de atividades básicas da vida diária e 46% da amostra apresentou dependência nas atividades instrumentais da vida diária. Constatou-se também que o nível de dependência dos idosos nas AIVD está fortemente associado à presença de sintomas depressivos.

O resultado dessa pesquisa suscita a discussão sobre a importância de uma avaliação global da saúde da pessoa idosa. Pode-se inferir desta forma que o uso de instrumentos para detecção precoce de sintomas depressivos, déficit cognitivo e incapacidade funcional é útil para estratificação de risco e prevenção do agravamento dessas condições, a fim de melhorar a qualidade de vida de idosos assistidos na atenção primária em saúde.

Entre as limitações, destaca-se o possível viés de causalidade reversa, inerente aos estudos transversais, pois exposição e desfecho são coletados simultaneamente e frequentemente não se sabe qual deles precede o outro. Além de que com apenas uma avaliação no tempo as associações observadas podem não representar totalmente a realidade desta população. Sugere-se então a realização de estudos longitudinais visando melhor compreensão dessas condições e seus determinantes.

## REFERÊNCIAS

- ARGIMON, I.I.de L. Gênero e escolaridade: estudo através do mini exame do estado mental (MEEM) em idosos. **Aletheia** 38-39, p.153-161, maio/dez. 2012.
- AGUIAR, Avelino Maciel Alves de. **Prevalência de depressão e fatores associados em idosos assistidos em serviço especializado geronto-geriátrico**. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.
- ALMEIDA, O.P e ALEMIDA, A.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** 1999, vol.57, n.2B, pp. 421-426.
- ALMEIDA, E.A.de et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio De Janeiro, 2010; 13(3):435-44
- ALVERENGA, M.R.M; OLIVEIRA, M.A.C; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta paul. enferm.** 2012, vol.25, n.4, pp. 497-503.
- ANDRADE, F.B et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 129-36.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual diagnóstico estatístico dos transtornos mentais. 4ª ed. Washington (DC); 1914.
- AYRES, Manuel et al. Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. **Instituto Mamirauá, Belém**, v. 364, 2015.
- BARBOSA, B.R; ALMEIDA, J.M; BARBOSA, M.R; BARBOSA, L.A.R.R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3317-3325, 2014
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 1.948. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Lei nº 10.741. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria GM/MS Nº 2528 de 19 de outubro de 20: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM. **Política de Saúde do Idoso.** Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648. **Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006.

BRETANHA, A.F; FACCHINI, L.A, NUNE, B.P; MUNHOZ, T.N; TOMASI, E, THUMÉ, E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Rev Bras Epidemiol** jan-mar 2015; 18(1): 1-12.

BUSSAB, W. de O. **Introdução à análise de agrupamentos.** ABE, 1990. 105 p., 1990.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; BERLEZI, Evelise Moraes; CORREA, Antonio Henrique da Mata. **Envelhecimento: um processo multidimensional.** Ed. Unijuí, 2014. 408 p. (Coleção envelhecimento: saberes e vivências)

CÉSAR, C.C; MAMBRINI, J.V.M; FERREIRA, F.R; COSTA, M.F.L. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(5):931-945, mai, 2015.

CLEMENTE A.S; LOYOLA FILHO A.I; FIRMO J.O.A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública.** 2011, vol.27, n.3, pp. 555-564.

COSTA, M.F.L; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2003; 12(4) : 189 - 201

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

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008

FERREIRA, Daniel Furtado. **Estatística multivariada.** Editora UFLA, 2008.

FIALHO, C.B; COSTA, M.F.L; GIACOMIN, K.C; LOYOLA FILHO, A.I. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte,

Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(3):599-610, mar, 2014

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Brito; SILVA JUNIOR, José Alexandre. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, v. 18, n. 1, 2010.

FOLSTEIN, M.S; FOLTEIS, S.E; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**1975; 12: 189-98.

GALLI, R et al. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. **Rev Bras Epidemiol** ABR-JUN 2016; 19(2): 307-316.

HELLWIG, N; MUNHOZ, T.N; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(11):3575-3584, 2016.

HOFFMANN, E.J et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J Bras Psiquiatr**. 2010;59(3):190-197.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2010.

KUCHEMAN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 27 Número 1 - Janeiro/Abril 2012

LEBRÃO, M.L; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol** 2005; 8(2): 127-41

NOGUEIRA, E.L; RUBIN, L.L; GIACOBBO, S.S; GOMES, I, CATALDO NETO, A. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev Saúde Pública** 2014;48(3):368-377

OLIVEIRA, M.F.de. **Sintomatologia da depressão e representações sociais de ser idoso e depressão**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Genebra: OMS, 1992.

PAULA, A.F.M de et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 jul-set;11(3):212-8.

PEARSON, Karl. LIII. On lines and planes of closest fit to systems of points in space. **The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine and Journal of Science**, v. 2, n. 11, p. 559-572, 1901.

PILGER, C; MENON, M.U; MATHIAS, T.A.F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Rev Bras Enferm**. 2013 nov-dez; 66(6): 907-13.

PINTO, J.M; NERI, A.L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(12):3449-3460, 2013.

RESENDE, M.C.de et al. Saúde Mental e Envelhecimento. **Psico, Porto Alegre, PUCRS**, v. 42, n. 1, pp. 31-40, jan./mar. 2011

RODRIGUES, G.H.P; GEBARA, O.C.E; GERBI, C.C.S; PIERRI, H; WAJNGARTEN, M. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arq Bras Cardiol**. 2015; 104(6):443-449

SALES, J.C.S et al. Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 10(5):1840-6, 2016.

SALES, L.E.S.P. **Depressão em idosos**. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Mestrado de Coimbra. Coimbra, 2013.

SANTOS, I.B.dos. **Oficinas de estimulação em idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2010.

SANTOS, J.G.Dos et al. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico. **J Bras Psiquiatr**. 2012;61(2):102-6.

SANTOS, M.I.P.O; GRIEP, R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3):753-761, 2013.

SASS, A et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes *mellitu*. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(1):80-85.

SILVA, E.R; SOUSA, A.R.P; FERREIRA, L.B; PEIXOTO, H.M. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm**, USP 2012; 46(6):1387-93

SIQUEIRA, G.R, et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.1, pp. 253-259.

SOARES, E.; COELHO, M.de O; CARVALHO, S.M.R.de. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: Possibilidade de Relações e Correlações. **Revista Kairós Gerontologia**, 2012; 15(5), 117-139.

SOUSA, A.R.P; FERREIRA, L.B; PEIXOTO, H.M. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** 2012, vol.46, n.6, pp. 1387-1393.

TAVARES, D.M.dos S et al. Functional disability and associated factors in urban elderly: a population-based study. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, 18(5):499-508, 2016.

TORRES, G. de V; REIS, L.A dos; REIS, L.A dos. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. **Arq Neuropsiquiatr** 2010;68(1).

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, estou sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “**Sintomas Depressivos e Prejuízo Funcional entre Idosos: Possibilidades de Relações e Correlações**”, cujo objetivo é estimar a prevalência de depressão entre idosos cadastrados no programa Hiperdia da Unidade Municipal de Saúde do Guamá, a fim de otimizar e direcionar estratégias para promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos como a depressão.

A minha participação no referido estudo será no sentido de ser avaliado quanto à presença da sintomatologia depressiva e quanto ao desempenho nas atividades da vida diária, através da Escala de Depressão Geriátrica e das escalas de Katz e a de Lawton. Recebi esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar ou sofrer qualquer prejuízo. E se houver ocorrências irregulares ou danosas posso procurar o Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Pará, localizada na Avenida Perimetral, campus profissional, no 2º andar da faculdade de Enfermagem, telefone de contato: (91) 32017735. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Verediana Sousa Uchôa (UFPA) e Marília de Fátima Vieira de Oliveira (UFPA) e com eles poderei manter contato pelos telefones: 83943049 e 88616689.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Belém, de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_.

Nome e assinatura do pesquisador responsável

<p><b>Endereço do responsável pela pesquisa:</b>          Endereço : Travessa Barão do Triunfo nº:3188          Bairro: Marco          Cidade: Belém          Telefones p/contato: (91)98394304</p>
---



**APENDICE B****QUESTIONÁRIO SOCIOECONOMICO**

Entrevistador: \_\_\_\_\_

data:     /     /

**IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO****1- Sexo:**

- Masculino  
 Feminino

**2- Qual a sua idade: \_\_\_\_\_ anos****3- Qual a sua escolaridade?**

- Nunca foi a escola  
 1 a 3 anos de estudo  
 4 a 7 anos de estudo  
 Mais de 7 anos de estudo

**5- Qual o seu estado civil?**

- Solteiro(a).  
 Casado(a) ou União Estável  
 Separado ou Divorciado  
 Viúvo(a).

**7- Quantas pessoas moram com você?**

- Mora sozinho(a)  
 Com uma pessoas  
 Com duas pessoas  
 Com três pessoas  
 Com mais de três pessoas

**8- O senhor possui aposentadoria?**

- Sim  
 Não

**9- Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?**

- Até 1 salário mínimo  
 De 1 a 3 salários mínimos  
 Mais de 3 salários mínimos

**10- Possui alguma doença crônica?**

- Sim  
 Não

**12- Se sim, qual?**

- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Hipertensão e Diabetes
- Mais de duas doenças crônicas

**13- Pratica exercício físico?**

- Não pratica
- Sim (2 a 3 vezes por semana)
- Mais de 3 vezes por semana

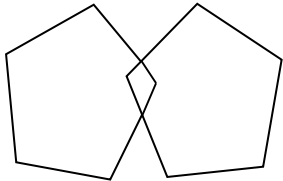
**14-Como você classificaria sua saúde?**

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim

## ANEXO A

## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização (0-3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três	Pegue o papel com a mão direita	1

	estágios:	Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

**Objetivo:** é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.

**Avaliações dos resultados:** Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são:  
Analfabetos = 19.1 a 3 anos de escolaridade = 23.4 a 7 anos de escolaridade = 24.> 7 anos de escolaridade = 28.

**Providências com os achados/resultados:** escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

## ANEXO B

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA, 15 ITENS (GDS-15)

1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim ( ) Não ( )
2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim ( ) Não ( )
3. Acha sua vida vazia? Sim ( ) Não ( )
4. Aborrece-se com frequência? Sim ( ) Não ( )
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim ( ) Não ( )
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim ( ) Não ( )
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim ( ) Não ( )
8. Sente-se desamparado com frequência? Sim ( ) Não ( )
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim ( ) Não ( )
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim ( ) Não ( )
11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)? Sim ( ) Não ( )
12. Sente-se inútil? Sim ( ) Não ( )
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim ( ) Não ( )
14. Sente-se sem esperança? Sim ( ) Não ( )
15. Acha que os outros têm mais sorte que você? Sim ( ) Não ( )

<b>Objetivo:</b> verificar a presença de quadro depressivo.
<b>Avaliações dos resultados:</b> Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.
<b>Providências com os achados/resultados:</b> escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

## ANEXO C

**ÍNDICE DE KATZ PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA  
DIÁRIA**

<b>1- BANHO</b>
<p>Não recebe assistência, entra e sai do banheiro sozinho ( )</p> <p>Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo, como costas ou pernas ( )</p> <p>Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo ( )</p>
<b>2- VESTIR</b>
<p>Pega as roupas e se vesti completamente sem assistência ( )</p> <p>Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos ( )</p> <p>Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido ( )</p>
<b>3- BANHEIRO</b>
<p>Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência ( )</p> <p>Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite ( )</p> <p>Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar ( )</p>
<b>4- TRANSFERÊNCIA</b>
<p>Deita-se ou levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência ( )</p> <p>Deita-se ou levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio ( )</p> <p>Não sai da cama ( )</p>
<b>5- CONTINÊNCIA</b>
<p>Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar ( )</p> <p>Tem “acidentes” ocasionais de perdas urinárias ou fecais ( )</p> <p>Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente ( )</p>
<b>6- ALIMENTAÇÃO</b>
<p>Alimenta-se sem assistência ( )</p> <p>Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne e passar manteiga no pão ( )</p> <p>Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral ( )</p>

## ANEXO D

## ESCALA DE LAWTON E BRODY

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
1- O (a) Sr (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2- O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3- O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4- O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5 O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6- O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7- O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8 O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9- O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
<b>TOTAL</b>	_____PONTOS	