

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

REGIANE DA SILVA HEIDEMANN

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS À
DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Pelotas

2017

REGIANE DA SILVA HEIDEMANN

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS À
DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda Nedel

Pelotas

2017

a

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H465a Heidemann, Regiane da Silva
 Avaliação da prevalência e os fatores associados à depressão em idosos.
 / Regiane da Silva Heidemann . – Pelotas: UCPEL, 2017.

 62 f.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em
 Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2017. Orientador : Fernanda Nedel.

 1. envelhecimento. 2. depressão. 3. hábitos alimentares. 4. qualidade do
 sono. I. Nedel, Fernanda, or. II. Título.

CDD 610

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão em idosos.

Métodos: Estudo transversal realizado com 312 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, selecionados por conveniência em um ambulatório da Universidade Católica de Pelotas, no período de agosto a dezembro de 2016. Para avaliar a depressão foi utilizada a escala de Depressão Abreviada de Yesavage (GDS-15); os hábitos alimentares e a qualidade do sono foram avaliados através de domínios da escala BRIAN e da escala Pittsburgh Sleep Quality Index, respectivamente. A análise dos dados foi realizada utilizando modelo de regressão de Poisson com estimativa robusta de variância nas análises brutas e ajustadas. **Resultados:** A prevalência de depressão observada nos idosos foi de (30,5%), com maiores índices de depressão nas mulheres (35,9%); de classe econômica D/E (30,8%); não praticantes de atividade física (36,5%); idosos com dificuldade no consumo alimentar (66,7%); qualidade de sono ruim (57,1%) e que utilizavam medicamento diariamente para dormir (45,3%). Na análise ajustada observou-se associação estatisticamente significativa do desfecho com as variáveis: prática de atividade física ($p=0,007$), utilizar medicação diariamente para dormir ($p=0,001$) e boa qualidade de sono ($p=0,006$). **Conclusão:** Os resultados demonstraram que o estilo de vida adotado pelos idosos, sobretudo as mulheres, devem ser repensados. Dessa forma, torna-se inerente adotar estratégias de prevenção e promoção à saúde, a fim de minimizar os riscos e impactos negativos na qualidade de vida dos idosos.

Descritores: idosos; envelhecimento; depressão; hábitos alimentares; qualidade do sono.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence and factors associated with depression in the elderly.

Method: A cross-sectional study with 312 individuals aged 60 years and over, selected by convenience at a health clinic at the Catholic University of Pelotas, in the period from August to December 2016. To assess depression the Yesavage Abridged Depression Scale (GDS-15) was used; eating habits and sleeping quality were evaluated through domains of the BRIAN scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index, respectively. Data analysis was performed using Poisson regression model with robust estimation of variance in the crude and adjusted analyzes. **Results:** The prevalence of depression observed in the elderly was (30,5%), higher rates of depression in women (35.9%); economic class D/E (30.8%); not practicing physical activity (36.5%); elderly with food consumption difficulties (66.7%); poor sleep quality (57.1%) and who used medication daily to sleep (45.3%). In the adjusted analysis, the variables statistically associated with the outcome were: practice of physical activity ($p = 0.007$), use medication daily to sleep ($p = 0.001$) and good sleep quality ($p = 0.006$).

Conclusion: The results showed that the lifestyle of the elderly, should be rethought. In this way, it is inherent to adopt prevention strategies and health promotion, in order to minimize the risks and negative impacts on the quality of life of the elderly.

Descriptors: elderly; aging; depression; eating habits; sleep quality.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Característica da amostra e associação da depressão em idosos de acordo com as variáveis independentes.....41

Tabela 2. Análise multivariada da prevalência de depressão em idosos, de acordo com as variáveis independentes. 42

SUMÁRIO

1.	IDENTIFICAÇÃO	06
	PROJETO.....	07
2.	INTRODUÇÃO	08
3.	OBJETIVOS	09
4.	HIPÓTESES	09
5.	REVISÃO DE LITERATURA	10
6.	METODOLOGIA	17
6.1	Delineamento	17
6.2	Amostra e população alvo.....	17
6.2.1	Crterios de incluso	17
6.2.2	Crterios de exclusão	17
6.3	Definico de variaveis	18
6.3.1	Variavel dependente.....	18
6.3.2	Variaveis independentes	18
6.4	Procedimentos e Instrumentos.....	18
6.4.1	Logistica.....	18
6.4.2	Coleta de dados e Colaboradores.....	19
6.4.3	Questionarios	19
6.5	Estudo piloto	20
6.6	Analise de dados	20
6.7	Aspectos Eticos	21
6.8	Riscos	21
6.9	Beneficios	21
6.10	Divulgacao do resultados	22
7.	Cronograma de atividades	22
8.	Orçamento.....	23
9.	REFERÊNCIAS	24
	ARTIGO.....	28
	ANEXOS.....	46

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Avaliação da prevalência e os fatores associados à depressão em idosos

1.2 Mestranda: Regiane da Silva Heidemann

1.3 Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda Nedel

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas

1.5 Centro: Centro de Ciências da Vida e da Saúde

1.6 Data: 15/09/2017

PROJETO

2. INTRODUÇÃO

O Brasil tem apresentado um crescimento expressivo da população idosa, cuja projeção para 2025 é de aproximadamente 32 milhões de idosos. De acordo com dados do IBGE (2013), nos últimos vinte anos esta população dobrou. No entanto, diante do aumento da longevidade se tornam evidentes as mudanças físicas, psicológicas e sociais que, inevitavelmente, refletem na subjetividade e, concomitantemente na própria percepção do idoso frente ao processo de envelhecimento. Sabe-se ainda, que aspectos neurológicos e ambientais, fatores genéticos, culturais, sociais e estilo de vida, possuem forte influência no decorrer do envelhecimento, gerando impactos negativos na saúde e atividade diária dos idosos (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2009; MARI *et al.*, 2016; BRUCKMANN & PINHEIRO, 2016).

Desta forma, com o avanço da idade surge com maior frequência patologias que acometem a saúde dos idosos e, comumente sua qualidade de vida, corroborando em mudanças tanto físicas quanto psíquicas (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). Portanto, dentre as doenças acometidas, destacam-se o prejuízo cognitivo, as demências, a doença de Parkinson, Alzheimer (DA) e a depressão. Cabe salientar, que queixas de memória e manifestações de perda cognitiva são comumente encontradas em pessoas acima de 60 anos de idade e muitas vezes, pode ser relatada nas diversas patologias acometidas nesta população (LEITE *et al.*, 2012).

O Brasil tem apresentado ainda, de acordo com Nascimento (2015) uma prevalência de 4,9% a 19,1% para o prejuízo cognitivo. Fatores como perfil sócio demográfico, socioeconômico, clínico, estilo de vida, entre outros, podem influenciar no desenvolvimento de prejuízo cognitivo (MACHADO *et al.*, 2013). Diante desta questão, as consequências e/ou impactos do comprometimento cognitivo na vida da população idosa, repercutem em perda da funcionalidade, autonomia e independência, mudanças no comportamento e/ou personalidade, ausência de comprometimento social e ocupacional, deterioração de habilidades, surgimento de patologias como depressão, demência, Alzheimer, entre outras.

É importante destacar que dentre as patologias estudadas na população idosa, a depressão tem chamado atenção no âmbito da saúde, uma vez que, apresenta uma percepção distorcida do próprio processo de envelhecimento (COHEN, 2015). Além disso, com o aumento da idade a depressão pode chegar a uma prevalência em torno de 34,8% (RAMOS *et al.*, 2015). Cabe ressaltar, que os sintomas presentes em patologias de alta prevalência nos idosos, como a depressão e o prejuízo cognitivo associado à demência ou doença de

Alzheimer, muitas vezes causam dúvidas no diagnóstico, pois ambas apresentam a mesma sintomatologia que são as queixas da perda de memória (ROTOMSKIS *et al.*, 2015).

Baseado no exposto acima, investigar os possíveis fatores sócio-demográficos, socioeconômico e o perfil clínico dos idosos dentro do contexto de patologias altamente prevalentes, é de suma importância para que possamos compreender e possivelmente contribuir para um diagnóstico diferencial com intuito de evitar o surgimento ou a progressão de doenças como a demência e o Alzheimer.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a depressão e fatores associados em idosos com prejuízo cognitivo.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Verificar a prevalência de prejuízo cognitivo em idosos ambulatoriais;
- 3.2.2 Verificar a prevalência de depressão em idosos ambulatoriais;
- 3.2.3 Avaliar o perfil sócio-demográfico, socioeconômico e clínico dos idosos ambulatoriais;
- 3.2.4 Verificar a prática de atividade física dos idosos ambulatoriais;
- 3.2.5 Analisar a associação da depressão com prejuízo cognitivo em idosos;
- 3.2.6 Verificar a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas, atividade física com a depressão e o prejuízo cognitivo nos idosos.

4. HIPÓTESES

- 4.1 A prevalência de prejuízo cognitivo na população estudada será em torno de 7% e 20%, sendo diretamente proporcional à idade;
- 4.2 A prevalência de depressão encontrada nos idosos será entre 15% e 27,5%;
- 4.3 Idosos que se encontram na condição de viuvez, baixa escolaridade, que sofrem quedas frequentes e estão acometidos por doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão e depressão apresentarão maior predisposição para o desenvolvimento do prejuízo cognitivo;
- 4.4 Idosos sedentários, que não praticam atividade física estarão mais propensos a desenvolver o prejuízo cognitivo;
- 4.5 Indivíduos com depressão apresentarão maior prejuízo cognitivo;

4.6 Idosos com idade avançada, sexo feminino, em situação conjugal de viuvez, com histórico de doença clínica e que não praticam atividade física apresentarão depressão e prejuízo cognitivo.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Descritores

A busca bibliográfica do presente estudo foi realizada na base de dados do PUBMED e SCIELO, onde foram utilizados os seguintes descritores: cognitive impairment, dementia, depression, depressive symptoms, elderly, aging, process aging. A combinação dos termos foi realizada da seguinte forma: (cognitive impairment OR dementia) AND depression; (depressive symptoms AND elderly); (aging OR aging process AND depression); (depression AND cognitive impairment AND aging); (dementia AND depression AND elderly); (cognitive impairment OR dementia AND depression AND elderly). Os limites utilizados foram artigos publicados nos últimos 5 anos, com humanos, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português. No entanto quando foi necessário utilizar um artigo de referência no assunto proposto foram selecionado artigos nos últimos 10 anos. No total, foram encontrados 49 artigos. Realizou-se então a análise dos títulos e resumos mais relevantes, excluindo aqueles que não possuíam relação com os objetivos do estudo.

5.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.2.1 Prejuízo Cognitivo no envelhecimento

O Brasil tem apresentado um aumento expressivo da população idosa, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a população do Brasil no início da década era de 11,4 milhões de brasileiros, no entanto, atualmente o número de idosos representa 14,5 milhões, cuja projeção para 2025 é de aproximadamente 32 milhões de idosos. Diante deste cenário de aumento da expectativa de vida, bem como, da redução das taxas de fecundidade e natalidade é possível perceber um avanço no processo de longevidade e, concomitantemente as manifestações de quadros de perda cognitiva em pessoas acima de 60 anos de idade (LEITE *et al.*, 2012).

Sabe-se que o envelhecimento acontece de maneira individualizada, sofrendo forte influência de fatores genéticos, culturais, sociais, bem como do estilo de vida adotado pelo idoso (RIBEIRO *et al.*, 2009; MARI *et al.*, 2016; BRUCKMANN & PINHEIRO, 2016).

Porém, é através das transformações decorrentes do processo de envelhecimento que surgem com maior frequência algumas patologias que, por sua vez, podem acometer tanto a saúde física quanto psíquica dos idosos. Além disso, aspectos neurológicos e do ambiente que permeiam esta etapa da vida também podem gerar impactos negativos na saúde e, concomitantemente na atividade diária dos idosos (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

A população idosa apresenta maior vulnerabilidade em desenvolver problemas relacionados à memória, sendo assim, os idosos podem apresentar desde quadros leves, como o comprometimento cognitivo leve até um prejuízo progressivo da memória e de outras funções. Portanto, dentre as patologias comumente encontradas nesta faixa etária, além de outras doenças associadas, destacam-se o prejuízo cognitivo, as demências, a doença de Parkinson, doença de Alzheimer (DA) e a depressão.

O Comprometimento Cognitivo é compreendido como uma síndrome de transição entre a cognição normal e a demência, onde várias doenças podem ocasionar um conjunto de sinais e sintomas, variando desde fases iniciais de doenças degenerativas, acidente vascular encefálico (AVE) até distúrbios psiquiátricos como a depressão e a ansiedade. De acordo com a *Classificação Internacional de Doenças - CID 10*, o Transtorno Cognitivo Leve (F 06.7) é caracterizado por alterações da memória, dificuldades de aprendizado e redução da capacidade de concentração. Além disso, indivíduos acometidos podem apresentar com frequência forte sensação de fadiga mental na tentativa de executar tarefas mentais. Ainda, é uma fase sintomática, porém pré-demencial em que o indivíduo pode apresentar várias condições neurológicas como, por exemplo, a doença de Alzheimer (SIMON & RIBEIRO, 2011).

Já segundo os critérios do *Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-V)* o prejuízo cognitivo pode envolver limitações em um ou mais domínios da cognição. Dentre eles, o comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas); perturbação do funcionamento executivo (planejamento, organização, sequenciamento e abstração); afasia (perturbação da linguagem); apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto); gnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto).

Dentre todos os fatores relacionados ao prejuízo cognitivo e a depressão, a prática de atividade física, possivelmente tem se apresentado uma estratégia preventiva e eficaz nesta fase da vida, pois além de melhorar a capacidade funcional, a qualidade de vida, dor e

umentar a disposição dos idosos nas tarefas do dia a dia, pode prevenir alterações cognitivas e/ou sintomas depressivos (CHAVES *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2016).

A perda cognitiva pode originar sérias mudanças na vida diária dos idosos, pois as limitações impostas pela doença estão associadas a vários desfechos negativos como, o comprometimento da funcionalidade, perda da autonomia e independência, alterações no comportamento ou da personalidade, ausência de comprometimento social e ocupacional e deterioração de habilidades. Contudo, o principal sintoma observado é a perda de memória, prejuízos na linguagem e na orientação espacial (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010; MACHADO *et al.*, 2011).

Todavia, os limites impostos pelo comprometimento cognitivo, refletem diretamente na qualidade de vida dos idosos e, comumente nos relacionamentos interpessoais dos mesmos. Cabe salientar ainda, que a demência é considerada uma síndrome crônica associada ao envelhecimento, sendo uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade entre os idosos, cujas principais características são, o declínio da memória, declínio intelectual e de outras funções (BLÁZQUEZ *et al.*, 2015).

Estudos tem apontado uma variação na prevalência média de demência na população idosa entre os países, sendo 2,2% na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa. Porém, o Brasil apresenta uma taxa de prevalência intermediária de 7,1% (MACHADO *et al.*, 2011). Uma revisão sistemática sobre a prevalência do prejuízo cognitivo associado à demência no Brasil identificou taxas de prevalência dessa condição, variando de 5,1% a 19% (FAGUNDES *et al.*, 2011). Ainda segundo Machado (2011), a demência tem sido considerada um problema de saúde mental com crescimento expressivo entre a população idosa, cuja incidência tem se apresentado 0,6% na faixa etária 65-69 anos, 8,4% em idosos acima de 85 anos e, sua prevalência passa de 5% em idosos com mais de 60 anos para 20% naqueles com mais de 80 anos. Pesquisas apontam ainda prevalências para o Alzheimer de (63,3%), demência (10%), doença de Parkinson (10%), episódios depressivos (8%), doenças cerebrovasculares (13,3%), hipertensão (53,3%), diabetes mellitus (16,6%), transtornos de tireóide (6,6%) e doença coronariana (6,6%) (ALBERT *et al.*, 2011).

Fatores intrínsecos e extrínsecos como sexo, a escolaridade, situação conjugal, viuvez, tabagismo, etilismo, qualidade de vida, quedas, falta de atividade física, bem como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e depressão, podem ser fatores preditores para o desenvolvimento de prejuízo cognitivo (MACHADO *et al.*, 2013). Um estudo de delineamento transversal realizado em São Paulo avaliou 414 pessoas com idade igual ou

superior a 50 anos submetidos à avaliação clínica e de autópsia cerebral. Os resultados demonstraram uma associação do comprometimento cognitivo com variáveis sócio demográficas tais como, idade, sexo feminino, baixa escolaridade, deficiência de mobilidade e problemas cardiovasculares (FERRETTI *et al.*, 2015). Outro estudo transversal mostrou que dos 125 idosos hipertensos de ambos os sexos, 20,80% apresentaram prevalência para o prejuízo cognitivo, em torno de 45,83%, com predominância em idosos com baixa escolaridade (CHAVES *et al.*, 2015). A associação com o prejuízo cognitivo não só vem sendo demonstrada com variáveis sócio demográficas e condição clínica como também, com a maior frequência de quedas dos idosos quando comparados à população geral (CRUZ *et al.*, 2015).

As terapias promissoras para o tratamento e/ou prevenção de doenças relacionadas ao prejuízo cognitivo, demência, bem como das funções psíquicas dos idosos, estão relacionadas ao treino da memória, fortalecimento do físico através de atividade física, alongamento, resistência, tonificação e, principalmente o engajamento do idoso em atividades produtivas e relações interpessoais significativas (RAJI *et al.*, 2015; CASEMIRO *et al.*, 2016). Sendo assim, a busca por novos conhecimentos acerca de fatores que podem contribuir para o surgimento e/ou progressão do prejuízo cognitivo tem sido um desafio na saúde do idoso.

5.2.2 Depressão no envelhecimento

A depressão tem se tornado um agravante comum entre a população idosa, ocasionando não apenas impactos negativos, mas também a percepção distorcida do próprio processo de envelhecimento (COHEN, 2015). No entanto, ainda se desconhece a etiologia dos sintomas depressivos nesta faixa etária, trata-se de um conjunto multifatorial acometido por problemas biológicos, psicossociais, culturais, socioeconômicos, familiar e até mesmo associado à patologias relacionadas a doenças crônicas, incapacidade funcional ou demência (BRETANHA *et al.*, 2015).

De acordo com critérios do *Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-V)*, o Transtorno Depressivo Maior, comumente chamado de depressão apresenta como características principais o humor triste, sentimento de vazio ou irritabilidade, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que comprometem significativamente a capacidade funcional do indivíduo. Embora a depressão possa ocorrer em apenas um único episódio, geralmente é uma condição recorrente.

Considera-se um indivíduo com Depressão, aquele que apresentar cinco dos sintomas descritos, sendo o sintoma 1 (humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os

dias) ou o 2 (falta de interesse ou prazer diminuídos em relação as atividades ou quase todas as atividades quase todos os dias), sintoma 3 (perda ou ganho de peso significativo), sintoma 4 (insônia ou hipersônia excessiva quase todos os dias), sintoma 5 (fadiga ou perda de energia quase todos os dias), 6 (sentimento de desvalorização ou culpabilização excessiva, quase todos os dias), sintoma 7 (dificuldade de pensar ou se concentrar, quase todos os dias) e, por último, sintoma 8 (pensamentos recorrentes de morte, pensamentos suicidas sem um plano, tentativa de suicídio ou plano de cometê-lo).

Apesar do envelhecimento não ser sinônimo de adoecimento, é nesta fase da vida que ocorrem com maior frequência as doenças crônicas entre os idosos (COHEN, 2015). Além disso, o idoso acometido por patologias pode apresentar várias alterações biológicas, culminando em prejuízos significativos que podem refletir em perda da autonomia, incapacidade funcional, baixa autoestima, isolacionismo, negativismo, sentimentos de rejeição, desvalia e até mesmo despersonalização quanto ao seu papel na sociedade.

Diagnosticar a depressão nesta faixa etária se torna uma tarefa difícil, pois os idosos tendem a apresentar maior número de sintomas somáticos como, redução do sono e do apetite, perda de prazer nas atividades, falta de energia e ruminções do passado, entre outros. Além disso, sabe-se que o humor deprimido ou tristeza não são suficientes para diagnosticar a depressão em idosos, pois em alguns casos há dificuldade por parte dos mesmos em verbalizar sentimento de tristeza, irritabilidade, culpa, desamparo, falta de sentimentos e emoções, perda de interesse ou prazer nas atividades consideradas anteriormente prazerosas (GONZÁLEZ, 2016). Interessante observar que baixa renda e piores condições sociais, de saúde e funcionais são fatores relacionados à depressão nesta faixa etária. Porém, o não tratamento da depressão pode levar o idoso a piora do prognóstico e ainda corroborar em enfermidades físicas, alterações cognitivas e ainda levar à mortalidade (HOFFMAN *et al.*, 2010).

Um estudo transversal, analítico, de base populacional foi realizado com objetivo de avaliar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos. Foram entrevistados 681 idosos e foi aplicado um questionário com variáveis sócio demográficas, de comorbidades, de utilização de serviços de saúde, assim como, escala de fragilidade e funcionalidade e de Depressão Geriátrica. Os resultados demonstraram que há associação entre sintomatologia depressiva em idosos e fatores sócio-demográficos, uma vez que o sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade e não ter companheiro conjugal aumentou a prevalência para Depressão Maior. A prevalência de sintomas depressivos foi de 27,5%, sendo 29,1% do sexo feminino e 24,8% do masculino. Os idosos com 80 anos ou mais apresentaram maior prevalência de 34,8% quando comparados aos idosos mais jovens, entre

60-79 anos os quais apresentaram uma prevalência em torno de 26,3% (RAMOS *et al.*, 2015). Outro achado interessante na literatura mostrou que um estudo de base populacional, realizado no Brasil, nos estados, da Paraíba, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, verificaram prevalências observadas entre 18,8% e 38,5% para depressão em idosos, destacando maior prevalência no sexo feminino com maior idade, que não viviam com companheiro, baixa escolaridade, menor renda, comorbidades com outras doenças crônicas, avaliação negativa de sua saúde e insatisfação com a vida e problemas cardíacos (BRETANHA *et al.*, 2015). Um estudo transversal com 137 idosos mostrou que o sexo feminino e idade entre 60 e 70 anos aumentou a prevalência dos sintomas depressivos em torno de 52,6% (MATIAS *et al.*, 2016).

De acordo com a literatura, notavelmente a Depressão vem apresentando uma prevalência alta entre os idosos, possivelmente considerando que nessa fase da vida o idoso passa por um momento de transição, caracterizado por alguns acontecimentos como, por exemplo, aposentadoria, problemas de saúde, perda do companheiro, assim como uma diminuição dos papéis sociais. Além disso, alterações fisiológicas podem ser percebidas no idoso deprimido, como o prejuízo cognitivo o qual pode agravar a condição clínica e a saúde durante o envelhecimento.

5.2.3 Depressão e prejuízo cognitivo no envelhecimento

A etiologia da depressão ainda é um obstáculo para ciência. Pode-se dizer que o desencadeamento desta patologia é multifatorial, determinado por alterações sociais, ambientais, genéticas, epigenéticas ou até mesmo, pela associação de patologias coexistentes como doenças crônicas, incapacidades funcionais ou demência no indivíduo idoso. Tratando-se de compreender a associação entre depressão e doenças crônicas, atualmente ainda é difícil, por exemplo, o diagnóstico diferencial entre prejuízo cognitivo e depressão, pois ambas apresentam sintomatologia em comum, a dificuldade na memória, ou seja, limitações cognitivas (ROTOMSKIS *et al.*, 2015).

Alguns estudos vêm demonstrando íntima associação entre essas patologias. O prejuízo cognitivo seguido de perda de memória tem sido um dos sintomas observados em pacientes deprimidos. Uma meta-análise de 14 estudos mostrou que a severidade da depressão foi relacionada com déficits de memória e com a função cognitiva (MC DERMOTT *et al.*, 2009). Outro estudo de meta-análise revelou que pacientes com Depressão Maior tardia apresentou prejuízo nas funções cognitivas em comparação ao grupo controle saudável (BORA *et al.*, 2013). Com relação a estudos de base populacional, também se pode identificar

a presença do comprometimento cognitivo em pacientes deprimidos. Um estudo com 2486 idosos com 60 anos ou mais, diagnosticados com depressão unipolar moderada ou severa, relatou mais baixa velocidade de processamento de raciocínio, diminuição da atenção, da função executiva, da fluência verbal e de vocabulário (PANTZAR *et al.*, 2014). Além disso, foi demonstrado em outro achado com 2541 pacientes idosos, 90% apresentaram dificuldade na concentração e na tomada de decisão (NIERENBERG *et al.*, 2010). Outros estudos relataram que pacientes deprimidos apresentaram prejuízo na memória e nas funções executivas (MILLAN *et al.*, 2012; YOO *et al.*, 2015). Por outro lado, outro estudo mostrou que indivíduos deprimidos apresentaram prejuízo na função executiva e na velocidade de processamento, mas não na memória (ÁVILA *et al.*, 2006).

Resultados conflitantes com relação à depressão e o prejuízo cognitivo também têm sido sugeridos na literatura quando se trata da influência de um tratamento farmacológico. Um estudo que avaliou o prejuízo cognitivo leve em pacientes deprimidos verificou que o declínio cognitivo foi persistente mesmo após o tratamento farmacológico para Depressão Maior (LEE *et al.*, 2007). No entanto, outros estudos relataram que o prejuízo cognitivo encontrado em idosos melhorou após o uso de antidepressivo (JEON *et al.*, 2014; YOO *et al.*, 2015).

Devido o prejuízo cognitivo ser considerado um estado transitório entre o envelhecimento normal e a doença de Alzheimer, muitos são os esforços na ciência para tentar elucidar quais são os possíveis fatores comportamentais e biológicos que possam estar envolvidos na conversão do comprometimento cognitivo para o Alzheimer. Um potencial marcador clínico para identificar indivíduos com prejuízo cognitivo e com alto risco em desenvolver a doença de Alzheimer tem sido os sintomas psiquiátricos, destacando os sintomas depressivos. No entanto, é interessante apontar que a literatura aborda a dificuldade em discriminar as complicações cognitivas e o declínio cognitivo entre pacientes deprimidos ou com doença de Alzheimer (ALBERT *et al.*, 2011). Achados mostraram que os sintomas depressivos podem ser considerados preditores na progressão da doença de Alzheimer em pacientes com comprometimento cognitivo (LU *et al.*, 2009; LEE *et al.*, 2012). Em alguns estudos transversais os idosos deprimidos parecem ter alterações em regiões encefálicas associadas com as mesmas regiões envolvidas no Alzheimer, incluindo redução do lóbulo temporal, hipocampal e o volume da amígdala (EGER *et al.*, 2008; LEE *et al.*, 2012). Dentro deste contexto, outro estudo avaliou 243 idosos com prejuízo cognitivo os quais foram divididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas depressivos. Os achados deste estudo mostraram que os sujeitos com prejuízo cognitivo e na presença de sintomas

depressivos apresentaram maior atrofia em regiões encefálicas afetada pela doença de Alzheimer, aumentaram o declínio cognitivo, e maior razão de conversão para o desencadeamento do Alzheimer, sugerindo que os sintomas depressivos possam ser um potencial marcador clínico para identificar idosos com prejuízo cognitivo que são mais vulneráveis a progressão para doença de Alzheimer (LEE *et al.*, 2012).

Nesse sentido, a busca por mais conhecimento que possa levar a compreender os fatores envolvidos entre a depressão e o prejuízo cognitivo, torna-se extremamente relevante uma vez que, a coexistência dos sintomas envolvidos nessas patologias ainda é capaz de criar dificuldades na discriminação do diagnóstico. Além disso, conseguir aprofundar os conhecimentos sobre estas doenças poderá ajudar a clarear os sintomas envolvidos na doença de Alzheimer.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Será realizado um estudo quantitativo transversal com indivíduos de 60 anos ou mais que buscarem o serviço ambulatorial da Universidade Católica de Pelotas.

6.2 Amostra e população alvo

A amostra será de conveniência constituída por idosos que buscarem atendimento no ambulatório da Universidade Católica de Pelotas.

6.2.1 Critérios de inclusão

- Idosos com 60 anos ou mais.

6.2.2 Critérios de exclusão

- Idosos com a audição gravemente comprometida.
- Incapacidade de compreender ou responder os questionamentos.

6.2.3 Cálculo do tamanho da amostra

Considerando que, aproximadamente, 650 idosos entram no serviço ambulatorial da Universidade Católica de Pelotas mensalmente, o tamanho da amostra foi estimado através da ferramenta STATCALC do programa *Epi-Info* 6.04d (*Center for Diseases Control and*

Prevention, Atlante, USA). De acordo com estudos anteriores (Fagundes, Silva *et al.* 2011) (Nitrini, Bottino *et al.* 2009) e baseado no desfecho primário deste presente projeto, foi estabelecido um nível de significância de 95% e poder de 80%, sendo a prevalência de prejuízo cognitivo maior, estimada em torno de 18%, com menor prevalência esperada em torno de 14%, estima-se que seja necessária uma amostra de 230 idosos diagnosticados com prejuízo cognitivo. Dessa forma, foram acrescentados 10% para controle de perdas e recusas, totalizando 253 idosos entrevistados.

6.3 Definição de variáveis

6.3.1 Variável dependente

- Prejuízo Cognitivo

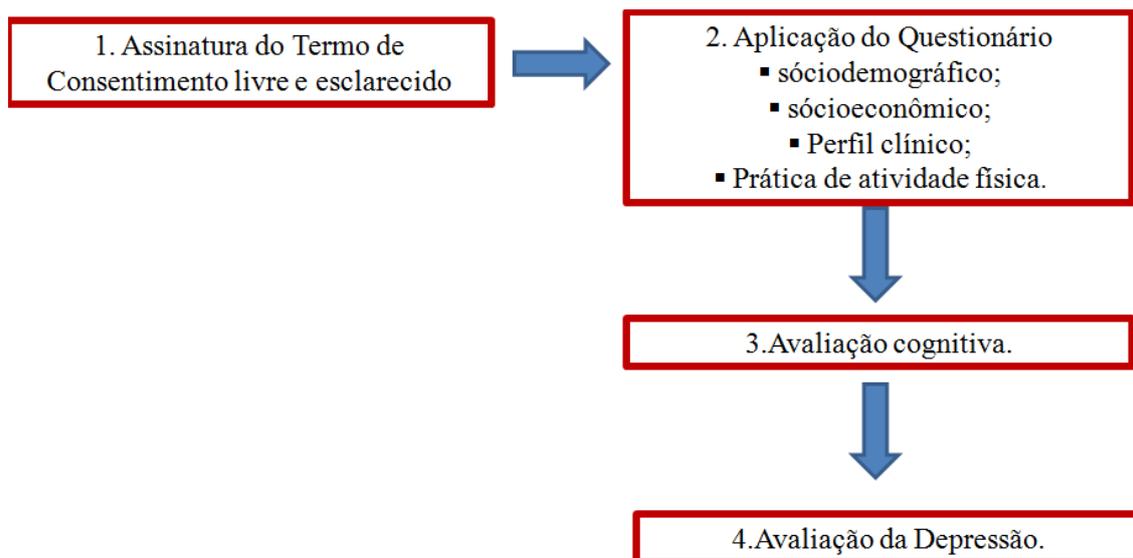
6.3.2 Variáveis independentes

- Sexo;
- Idade;
- Classificação socioeconômica;
- Escolaridade;
- Perfil clínico;
- Prática de atividade física;
- Depressão.

6.4 Procedimentos e Instrumentos

6.4.1 Logística

Após o a aplicação do termo de consentimento, a coleta de dados será realizada em três momentos distintos, como podemos observar na figura abaixo (fluxograma):



6.4.2 Coleta de dados e colaboradores

A equipe envolvida no trabalho de campo será composta por, 2 doutorandas, 1 mestre, 3 mestrandas e 6 bolsistas de iniciação científica vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel. Todos acadêmicos que estão na pós-graduação e graduação apresentam plena capacidade em participar da pesquisa por serem graduados ou graduandos nas áreas de Psicologia, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Medicina podendo assim, contribuir extensivamente no desenvolvimento deste presente trabalho. Os acadêmicos envolvidos no projeto foram treinados e participaram de reuniões semanais com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo. A análise dos dados e a produção dos artigos serão realizadas pela mestranda responsável pelo projeto.

6.4.3 Questionários:

6.4.3.1 Variáveis Sócio-demográficas:

Será utilizado questionário para a obtenção de informações sócio-demográficas, como idade, raça, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos no ato da entrevista.

6.4.3.2 Variáveis Socioeconômicas:

O nível socioeconômico será classificado segundo o sistema de pontos proposto pela Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP, 2015). A ABEP considera a posse de eletrodomésticos, presença de empregada doméstica e nível de escolaridade do chefe da

família. O nível econômico varia da classe A (mais ricos) à classe E (mais pobres). A escolaridade será avaliada através do tempo em anos de estudo.

6.4.3.3 Instrumento para avaliação do prejuízo cognitivo:

Para a avaliação do prejuízo cognitivo será utilizada a Bateria Cognitiva Breve (BCB-Edu). Este instrumento foi validado para a população idosa brasileira e demonstrou boas propriedades psicométricas ao diferenciar indivíduos normais daqueles com prejuízo cognitivo. Possui validação tanto para indivíduos com alta escolaridade como para analfabetos com alta acurácia para o diagnóstico de demência. Este instrumento avalia múltiplas funções cognitivas, dentre elas, memória imediata, memória tardia, fluência verbal e função executiva. A confiabilidade entre avaliadores foi alta e o tempo para realizar a bateria foi breve, de cerca de 8 minutos (NITRINI *et al.*, 1994; NITRINI *et al.*, 2004; NITRINI *et al.*, 2007). Para diagnóstico de déficit cognitivo será utilizado o ponto de corte de 5 ou menos itens recordados na memória tardia.

6.4.3.4 Instrumento para avaliação da Depressão:

Para avaliação da Depressão será utilizada a escala de Depressão abreviada (Yesavage- GDS) de 15 perguntas. Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas / afirmativas onde o escore total ≥ 5 será diagnóstico de Depressão e escore ≥ 11 diagnóstico de Depressão Grave (ALMEIDA, 1999; FRANK, 2006).

6.5 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado com 20 idosos que buscaram atendimento no ambulatório Dr. Franklin Olivé Leite, da UCPEL, não sendo incluídos na amostra. Este estudo tem como objetivo inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias antes do início do projeto no campo.

6.6 Análise de dados

Os questionários serão digitados e codificados através do programa EPI INFO®, versão 6.04d. Será realizada checagem automática dos dados no momento da digitação, além de testagem no mesmo software das inconsistências na digitação comparando as duas entradas

de dados. Após a edição final do banco de dados, este será convertido para o programa Stata 12.0. Para o tratamento estatístico dos dados será utilizado o programa SPSS 21, no qual a análise inicial terá como objetivo obter a prevalência do prejuízo cognitivo além de caracterizar a amostra do estudo. A análise bivariada será realizada através dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher para verificar se a presença de depressão e outras variáveis independentes podem estar associadas ao prejuízo cognitivo. Serão consideradas estatisticamente significativas associações com $p \leq 0.05$.

6.7 Aspectos Éticos

O presente projeto foi submetido de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel com número do parecer 1.805.912 (**Anexo A**). Cabe ressaltar, que todos participantes do estudo receberão informações quanto aos objetivos da pesquisa e assinarão o “Termo de Consentimento livre e esclarecido (**Anexo B**)”.

6.8 Riscos

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes. No entanto, como este presente projeto faz parte de um estudo maior cabe ressaltar que a participação no estudo pode trazer algum risco ao idoso como risco de queda ao caminhar por 4 metros e/ou algum desconforto ao perceber que apresenta depressão. Importante salientar que o desenvolvimento da pesquisa será acompanhado pela pesquisadora mestranda e médica geriatra Isabel Clasen Lorenzet, assim como, por outros profissionais da área da saúde tais como: psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas.

6.9 Benefícios

Os idosos avaliados terão acesso aos resultados da pesquisa. Aqueles participantes que necessitarem de atendimento médico serão encaminhados para o ambulatório de Geriatria e Gerontologia e/ou para o Serviço de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas- RS.

8. Orçamento

O estudo será desenvolvido com recursos próprios financeiros da Prof^a. Dr^a. Rachel Krolow Bast, responsável pelo projeto.

Material	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Caneta	10	2,50	25,00
Impressão	3.500	0,20	700,00
Total			725,00

9. Referências Bibliográficas

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016. <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 11 novembro 2016 às 21h e 56 min.

ALBERT, M.S. et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement.* 2011; 7:270-9.

ALMEIDA, O.P, ALMEIDA S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1999; 57:421-6.

ARAÚJO, J.R. et al. Folates and aging: Role in mild cognitive impairment, dementia and depression. *Ageing Research Reviews; Portugal*, 2015; 22: 9 –19.

ÀVILA, R., BOTTINO, C.M. Cognitive changes update among elderly with depressive syndrome. *Rev. Bras. Psiquiatria.* 2006; 28:316-20.

BLÁZQUEZ, C.R. et al. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Rev. Esp Salud Pública, Madrid*, 2015; 89: 51-60.

BORA, E. et al. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychol. Med.* 43, 2017-2026.

BRETANHA, A.F. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. Pelotas, 2015. *Rev. Bras. Epidemiologia*; 18 (1): 1-12.

BRUCKMANN, M. & PINHEIRO, M. M. C. Efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças. *Santa Catarina*, 2016; 28 (4): 338- 344.

CASEMIRO, F. G. et al. Impact of cognitive stimulation on depression, anxiety, cognition and functional capacity among adults and elderly participants of an open university for senior citizens. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia, Rio de Janeiro*, 2016; 19 (4): 683-694.

CHAVES, A. S. et al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, 2015; 18 (3):545-556.

COHEN, R. Prevalência de sintomas depressivos em idosos em um serviço de emergência. *Rio de Janeiro*, 2015; *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18 (2): 307-317.

CRUZ, D. T. da. et. al. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de queda em idosos. *Rio de Janeiro*, 2015; *Cad. Saúde Colet.*, 23 (4): 386-393.

EGER, K. et al. Pattern of brain atrophy in elderly patients with depression revealed by voxel-based morphometry. *Rev. Psychiatry.* 2008, 164:237–244. [PubMed: 19013058].

FAGUNDES, S. D., M. T. SILVA, et al. Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. *Sao Paulo*, 2011. *Med. J.* 129 (1): 46-50.

FERRETTI; REBUSTINI R.E.L, et al. Factors associated with morphometric brain changes in cognitively normal aging. São Paulo, 2015; *Dement Neuropsychol*; 9 (2): 103-109.

FRANK, M.H & RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas Ev, Py. L, NERI, A.L, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 376-87.

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

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

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções da População. Brasil e Unidades de Federação. Séries Relatórios Metodológicos*, Rio de Janeiro, 2013; v. 40.

JEON, H. J, et al. Improvement in subjective and objective neurocognitive functions in patients with major depressive disorder: a 12-week, multicenter, randomized trial of tianeptine versus escitalopram, the Champion study. *J. Clin.Psychopharmacol*. 2014, 34: 218-225.

LEE, G.J, et al. Depressive symptoms in mild cognitive impairment predict greater atrophy in Alzheimer's disease-related regions. *Biol. Psychiatry*, 2012 May, 1:71 (9):814-21.

LEE, J.S, POTTER, et al. Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression. *Int. Psycho Geriatr*. 2007;19:125-35.

LEITE, M. T. et al. Qualidade de vida e nível de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15 (3): 481-492.

LU, P.H. et al. Donepezil delays progression to AD in MCI subjects with depressive symptoms. *Neurology*. 2009; 72: 2115–2121. [PubMed:19528519].

MACHADO, F. N., MACHADO, A. N. & SOARES, S. M. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, nov.-dez. 2013; 21 (6):1321-9.

MACHADO, J.C, et al. Declínio Cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatria, Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2011; 14 (1): 109-121.

MARI, F. R, et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19 (1): 35-44.

MATIAS, A.G.C, et.al. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Rev.einstein*; Bahia, 2016; 14 (1): 6-11.

MC DERMOTT, L.M & EBMEIER, K.P. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *J. Affect Disord*, 2009; 119:1- 8.

M. I.C.N; A.V.C, et al. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. *American Psychiatric Association*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MILLAN, M. e colaboradores. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat. Rev. Drug Discov.*2012, (11): 141-168.

NASCIMENTO, R. A. S. do. et al. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo Monidi. *J. Bras. Psiquiatria; Bahia*, 2015; 64 (3); 187-192.

NIERENBERG, A.A, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psychol. Med.* 2010 (40): 41-50.

NITRINI R, *et al.* Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 1994. 52:457-65.

NITRINI R, *et al.* Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *J. Int Neuropsychol Soc.*, 2004; 10:634-8.

NITRINI R, *et al.* Brief cognitive battery in the diagnosis of mild Alzheimer's disease in subjects with medium and high levels of education. *Dement Neuropsychol.* 2007; 1:32-36.

NITRINI, R. *et al.* Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*. 2009; 21(4), 622–630.

NÓBREGA, I. R. A. P. da. et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Rio de Janeiro*; v. 39, n. 105; p. 536-550. Abril-junho, 2015.

OMS. (1993). CID-10. Classificação Internacional das Doenças, décima edição revisada, Manual e Glossário. Porto Alegre: Artes Médicas.

PANTZAR, A, et al. Cognitive deficits in unipolar old-age depression: a population-based study. *Psychol. Med.* 2014; (44): 937- 47.

RAJI, C.A, et. al. Hot Topics in research: Preventive Neuroradiology in Brain Aging and Cognitive Decline. *AJNR Am J Neuroradiologia*, 2015; (36): 1803- 1809.

RAMOS, G.C.F, et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Minas Gerais*, 2015; *J. Bras Psiquiatr.* 2015; 64 (2):122-31.

RIBEIRO, P.C.C, et al. Desempenho de idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. *São Paulo*, 2009 *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (1), 102-109.

ROTOMSKIS, A, et al. Differential diagnosis of depression and Alzheimer's disease with the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). Lithuania, 2015; BMC Neurology; 15-57.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. Rev. Neurociência, Santa Catarina, 2010; 18 (2): 220-226.

SIMON, S.S & RIBEIRO, M.P.O. de. Comprometimento Cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. Psic. Rev. São Paulo, 2011, v. 20, n. 1, 93-122.

TEIXEIRA, A. R. Dizziness, Physical Exercise, Falls, and Depression in Adults and the Elderly. Int. Arch Otorhinolaryngol, 2016; 20:124 -131.

YOO, I, et al. Influence of anxiety symptoms on improvement of neurocognitive functions in patients with major depressive disorder: A 12-week, multicenter, randomized trial of tianeptine versus escitalopram, the Champion study. J. Affect Disord. 2015, Oct, 1;(185):24-30. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.038. Epub 2015 Jun 25.

ARTIGO

Avaliação da prevalência e os fatores associados à depressão em idosos**Evaluation of prevalence and factors associated with depression in the elderly**

Regiane da Silva Heidemann¹; Luziane Fonseca Vilela¹; Gabriela Kurz da Cunha¹; Renan Garcia Caldas¹; Pâmela Silva Vitória Salerno¹; Isabel Clasen Lorenzet¹; Gabriele Cordenonzi Ghisleni¹; Rachel Krolow Santos Silva Bast¹; Fernanda Nedel¹

¹Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Pelotas, RS, Brasil.

Correspondência | Correspondence:

Fernanda Nedel

Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Rua Félix da Cunha, 412, Cep. 96010-901, Pelotas, RS, Brasil.

E-mail: fernanda.nedel@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão em idosos. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 312 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, selecionados por conveniência em um ambulatório da Universidade Católica de Pelotas, no período de agosto a dezembro de 2016. Para avaliar a depressão foi utilizada a escala de Depressão Abreviada de Yesavage (GDS-15); os hábitos alimentares e a qualidade do sono foram avaliados através de domínios da escala BRIAN e da escala Pittsburgh Sleep Quality Index, respectivamente. A análise dos dados foi realizada utilizando modelo de regressão de Poisson com estimativa robusta de variância nas análises brutas e ajustadas. **Resultados:** A prevalência de depressão observada nos idosos foi de (30,5%), com maiores índices de depressão nas mulheres (35,9%); de classe econômica D/E (30,8%); não praticantes de atividade física (36,5%); idosos com dificuldade no consumo alimentar (66,7%); qualidade de sono ruim (57,1%) e que utilizavam medicamento diariamente para dormir (45,3%). Na análise ajustada observou-se associação estatisticamente significativa do desfecho com as variáveis: prática de atividade física ($p=0,007$), utilizar medicação diariamente para dormir ($p=0,001$) e boa qualidade de sono ($p=0,006$). **Conclusão:** Os resultados demonstraram que o estilo de vida adotado pelos idosos, sobretudo as mulheres, devem ser repensados. Dessa forma, torna-se inerente adotar estratégias de prevenção e promoção à saúde, a fim de minimizar os riscos e impactos negativos na qualidade de vida dos idosos.

Descritores: idosos; envelhecimento; depressão; hábitos alimentares; qualidade do sono.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence and factors associated with depression in the elderly.

Method: A cross-sectional study with 312 individuals aged 60 years and over, selected by convenience at a health clinic at the Catholic University of Pelotas, in the period from August to December 2016. To assess depression the Yesavage Abridged Depression Scale (GDS-15) was used; eating habits and sleeping quality were evaluated through domains of the BRIAN scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index, respectively. Data analysis was performed using Poisson regression model with robust estimation of variance in the crude and adjusted analyzes. **Results:** The prevalence of depression observed in the elderly was (30,5%), higher rates of depression in women (35.9%); economic class D/E (30.8%); not practicing physical activity (36.5%); elderly with food consumption difficulties (66.7%); poor sleep quality (57.1%) and who used medication daily to sleep (45.3%). In the adjusted analysis, the variables statistically associated with the outcome were: practice of physical activity ($p = 0.007$), use medication daily to sleep ($p = 0.001$) and good sleep quality ($p = 0.006$).

Conclusion: The results showed that the lifestyle of the elderly, should be rethought. In this way, it is inherent to adopt prevention strategies and health promotion, in order to minimize the risks and negative impacts on the quality of life of the elderly.

Descriptors: elderly; aging; depression; eating habits; sleep quality.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno mundial.¹ Partindo deste pressuposto, o aumento da população idosa tem sido expressiva no Brasil, onde de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),² no início da década esta população representava 11,4 milhões, atualmente o número de idosos é de 14,5 milhões, cuja projeção para 2025 é de aproximadamente 32 milhões de idosos.

Todavia, com o avanço da idade surgem com maior frequência as morbidades, que dentre as doenças acometidas, a depressão tem chamado atenção no âmbito da saúde pelo fato de ter se tornado um agravante comum, sendo a prevalência em pessoas mais velhas de 10 a 20%.³ Além disso, com o aumento da idade a depressão pode chegar a uma prevalência em torno de 34,8%.⁴

Segundo os critérios do *Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-V)*, o Transtorno Depressivo Maior, comumente chamado de depressão, apresenta como características principais o humor triste, sentimento de vazio ou irritabilidade, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que comprometem significativamente a capacidade funcional do indivíduo. Embora a depressão possa ocorrer em apenas um único episódio, geralmente é uma condição recorrente.⁵ Portanto, os idosos acometidos pela depressão podem apresentar várias alterações biológicas, culminando em prejuízos significativos que podem refletir em perda da autonomia, incapacidade funcional, baixa autoestima, isolacionismo, negativismo, sentimentos de rejeição, desvalia e até mesmo despersonalização quanto ao seu papel na sociedade.⁶

É de suma importância considerar ainda que, diagnosticar a depressão nesta faixa etária se torna uma tarefa difícil, pois os idosos tendem a apresentar maior número de sintomas somáticos como, alterações do sono e do apetite, perda de prazer nas atividades, falta de energia e rumações do passado, entre outros.⁶ Além disso, sabe-se que o humor deprimido ou tristeza não são suficientes para diagnosticar a depressão em idosos, pois em alguns casos há dificuldade por parte dos mesmos em verbalizar sentimento de tristeza, irritabilidade, culpa, desamparo, falta de sentimentos e emoções, perda de interesse ou prazer nas atividades consideradas anteriormente prazerosas.⁷

Cabe salientar que, ainda se desconhece a etiologia dos sintomas depressivos nos idosos, pois trata-se de um conjunto multifatorial acometido por problemas biológicos, psicossociais, culturais, socioeconômicos, familiares e até mesmo associado à patologias relacionadas a doenças crônicas, incapacidade funcional ou demência.⁸

Sabe-se ainda, que aspectos neurológicos e ambientais, fatores genéticos, culturais, sociais e estilo de vida, apresentam forte influência no processo de envelhecimento, gerando impactos negativos na saúde da população idosa.^{9,10,11,12} Visto isso, o avanço da idade acarreta em maior frequência de patologias que, por sua vez, comprometem a saúde e o desempenho das atividades diárias, afetando, deste modo, a qualidade de vida desta população.^{6,10}

Apesar do envelhecimento não ser sinônimo de adoecimento, esta fase aparece acompanhada de uma percepção negativa do próprio processo de envelhecimento,¹³ pois nesta fase se tornam mais evidentes as mudanças físicas, psicológicas e sociais.¹⁴

É de grande relevância conhecer os possíveis fatores que possam influenciar na saúde psíquica dos idosos, levando-os a desenvolver a depressão. Sabe-se que a falta de atividade física, a má qualidade do sono e uso contínuo de medicamento para dormir apresenta forte influência neste sentido.^{15,16} Cabe considerar ainda que, a baixa renda, as piores condições sociais, e os problemas de saúde e funcionais, também são fatores relacionados à depressão nesta faixa etária. Contudo, o não tratamento da depressão pode levar a piora do prognóstico e ainda corroborar em enfermidades físicas, alterações cognitivas e até mesmo levar a mortalidade.¹⁷

Dessa forma o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão em idosos. Sendo assim, identificar estes fatores pode favorecer na adoção de melhores estratégias de intervenções e tratamento, visando deste modo, a melhora do prognóstico.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, por meio de uma amostra por conveniência de indivíduos de 60 anos ou mais que buscaram o serviço ambulatorial da Universidade Católica de Pelotas. Foram elegíveis todos aqueles idosos que buscavam pelo atendimento nas diversas especialidades do local, sendo convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam na sala de espera pela consulta. Todos os idosos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão considerou-se a audição gravemente comprometida e/ou aparentemente incapacidade de compreender ou responder aos questionamentos.

A coleta foi realizada no período de agosto a dezembro de 2016, de segunda à sexta-feira nos turnos manhã e tarde. A equipe envolvida no trabalho de campo foi composta por, 2 doutorandas, 1 mestre, 3 mestrandas e 6 bolsistas de iniciação científica vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel. Todos acadêmicos que estavam na pós-graduação e graduação apresentaram plena capacidade em participar da pesquisa por serem graduados ou graduandos nas áreas de Psicologia, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Medicina podendo assim, contribuir extensivamente no desenvolvimento deste presente trabalho.

Para o cálculo do tamanho amostral, foi estabelecido um nível de confiança de 95% e poder de 80%, sendo a prevalência de depressão estimada em 20%.³ Assim, calculou-se uma amostra de 97 idosos, considerando-se um acréscimo de 10% para controle de perdas e recusas. Como este estudo foi aninhado em um estudo maior, o tamanho amostral total foi de 312 idosos.

Para a avaliação da Depressão foi utilizada a escala de Depressão abreviada (Yesavage - GDS) de 15 perguntas. Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas / afirmativas onde o escore total ≥ 5 será diagnóstico de Depressão e escore ≥ 11 diagnóstico de Depressão Grave.^{18,19}

As variáveis independentes estudadas foram: sexo (masculino e feminino); idade (media \pm DP); morar sozinho (sim/não); praticar atividade física (sim/não); trabalhar atualmente (sim/não); aposentado (sim/não); nível econômico (conforme questionário padronizado) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), categorizado em três grupos: A/B, C e D/E²⁰; e os hábitos de sono e alimentação (baseados na escala Pittsburgh Sleep Quality Index²¹ e no domínio da escala BRIAN²², respectivamente).

Para análise de dados, todos os questionários foram codificados e após digitados no programa EPI INFO®, versão 6.04d. Foi realizada a checagem automática dos dados no momento da digitação, além de testagem no mesmo software das inconsistências na digitação comparando as duas entradas de dados. Após a edição final do banco de dados, este foi convertido para o programa Stata 12.0.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS 21, no qual empregou-se a estatística descritiva para o cálculo de proporções e respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%) para as variáveis categóricas, bem como médias, amplitude e desvios padrões (DP) para as variáveis numéricas. Na análise bruta, foram empregados os testes qui-quadrado de Pearson considerando-se estatisticamente

significativos valores $p \leq 0.05$. Na análise ajustada, foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta e os resultados foram expressos como razão de prevalências. Para a modelagem estatística, adotou-se a estratégia de seleção para trás e um nível crítico de $p \leq 0,20$ para permanência no modelo, como controle de confusão.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o número 1.805.912.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 312 idosos e a idade dos participantes variou de 60 a 93 anos, sendo a média de 69,6 (DP=6,6). Destes, a maioria eram mulheres (58%), pertencia à classe econômica D/E (67,6%), não morava sozinho (80,1%), não praticavam atividade física (64,3%), não desempenhava atividade profissional (81,4%) e eram aposentados 83%.

A tabela 1 apresenta a descrição da amostra e a prevalência de depressão, onde os resultados demonstraram índice de depressão nos idosos de (30,5%). As mulheres apresentaram um maior índice (35,9%) quando comparadas aos homens (22,9%). Quanto às características socioeconômicas, os idosos pertencentes à classe D/E mostraram um maior índice de depressão (30,8) quando comparados as classes A/B (28,0%) e C (30,3%). Ainda, os entrevistados que relataram morar sozinhos, não praticar atividade física e não desempenhar atividade profissional apresentaram um maior índice de depressão (40,3%, 36,5% e 32,8%, respectivamente).

No que se refere à aposentadoria, dos 83% aposentados, a maioria (31,4%) pontuaram para depressão. Em relação às variáveis alimentares, a maioria dos idosos relatou não apresentar nenhuma dificuldade em manter o horário das refeições (85,2%), não ter o hábito de pular refeições (82,0%) e manter o padrão de consumo alimentar (77,8%). Entretanto, aqueles idosos que apresentaram muita dificuldade em manter o horário das refeições ou tinham hábito de pular refeições, bem como muita dificuldade no consumo alimentar, apresentaram maiores índices de depressão (63,6%, 52,6% e 66,7%, respectivamente).

Quanto a variável qualidade do sono, 67,2% dos idosos classificaram sua qualidade boa, porém 57,1% dos idosos que consideraram seu sono ruim apresentaram depressão. Ainda, daqueles idosos que relataram utilizar medicação para dormir, os que faziam uso diariamente apresentaram depressão (45,3%) quando comparados aos que

não faziam uso de nenhuma medicação (23,0%) ou utilizavam uma ou mais vezes por semana (40,0%).

A tabela 2 apresenta a associação das variáveis com a depressão. Na análise bruta, as variáveis associadas com o desfecho foram: sexo feminino ($p=0,017$), morar sozinho ($p=0,049$), prática de atividade física ($p=0,004$), dificuldade em manter horário das refeições ($p=0,006$), dificuldade em não pular refeições ($p=0,006$), dificuldade em manter o padrão de consumo alimentar ($p<0,001$), utilizar medicamento para dormir ($p<0,001$) e qualidade do sono ($p<0,001$).

Entretanto, na análise ajustada observou-se associação estatisticamente significativa do desfecho com as seguintes variáveis: prática de atividade física ($p=0,007$), utilizar diariamente medicação para dormir ($p=0,001$) e boa qualidade de sono ($p=0,006$). Dessa forma, a prevalência de depressão é 0,58 vezes menor para quem pratica atividade física.

Quanto ao uso de medicação para dormir diariamente, os idosos apresentaram prevalência de 1,74 vezes maior para o desfecho quando comparados àqueles que não utilizavam nenhuma medicação para dormir. Além disso, a análise mostrou que os idosos que relataram ter uma boa qualidade de sono apresentaram prevalência 0,49 vezes menor para o desfecho quando comparados àqueles que apresentaram qualidade de sono muito ruim.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram uma prevalência de (30,5%) para depressão em idosos, notavelmente a depressão vem exibindo um cenário de alta prevalência entre os idosos e, ainda se tornado um agravante comum para saúde, repercutindo de forma negativa na qualidade de vida desta população⁴.

Durante a pesquisa, no momento da aplicação dos questionários, as respectivas respostas dos idosos extrapolavam para além das perguntas pontuais (sim/não), se tornando visíveis a necessidade de um espaço e, comumente um momento de acolhimento para verbalizarem sobre suas vivências e/ou experiências de vida. Porém, o que chamou significativamente a atenção, foram os relatos da maioria das idosas que, de certo modo, expressavam sua visão negativa do próprio envelhecimento, denotando seu ego corporal abalado e descontentamento quanto ao fato de estar na “velhice”, sendo esta fase percebida como doença, até mesmo pelas idosas com capacidade funcional

preservada. Contudo os homens, mesmo aqueles com a saúde comprometida, em sua maioria apresentavam uma visão mais otimista da fase vivenciada. Esta percepção otimista esta alicerçada na perspectiva de Zimmerman, que afirma com o passar dos anos, os idosos ficam expostos a enxergar o envelhecimento de maneira positiva, como uma fase de maturidade, liberdade e de experiências.²³ Dessa forma, torna-se inerente desmistificar de certo modo, a percepção negativa e estigmatizada do processo de envelhecimento, percebido muitas vezes, pela sociedade e até mesmo pela própria população idosa, como uma fase de incapacidade, doença e morte.^{13,24, 25, 26}

Cabe destacar neste estudo que as mulheres idosas (35,9%) e ainda, os idosos que moravam sozinhos (40,3%) apresentaram índice maior de depressão. Em concordância um estudo transversal realizado com 681 idosos avaliou a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos. Os resultados demonstraram que mulheres com idade avançada, baixa escolaridade e que moravam sozinhas, possuíam uma maior prevalência de Depressão Maior, (29,1%).⁴ Outro achado interessante na literatura mostrou que um estudo de base populacional realizado no Brasil, nos estados, da Paraíba, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, verificaram prevalências entre 18,8% e 38,5% para a depressão em idosos, destacando também uma maior prevalência nas mulheres com idade mais avançada, que viviam sozinhas e apresentavam menor renda.⁸ Ainda, um recente estudo realizado com 137 idosos confirmou, que o sexo feminino e idade entre 60 e 70 anos podem aumentar a prevalência de depressão em torno de 52,6%.²⁷

Diversos achados na literatura aludiram a depressão como um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes em idosos, tratando-se de uma doença que apresenta multicausalidade,²⁸ porém apesar de prevalente nesta fase da vida, não faz parte do curso natural do envelhecimento. Deste modo, cabe considerar que o estilo de vida adotado pelos idosos pode estar fortemente imbricado na relação com a depressão, pois determinados hábitos podem, por sua vez, comprometer a saúde física, mental, funcional e social, levando à diminuição da qualidade de vida.²⁸ Neste sentido, Mari (2016), defende a ideia de o envelhecimento ocorrer de maneira individualizada e depender do estilo de vida e fatores genéticos. Contudo, a diminuição da funcionalidade e/ou doenças crônicas podem ser minimizadas através da adoção de um estilo de vida saudável.¹¹

Uma das características observadas na maioria dos idosos que participaram desta pesquisa foi justamente o estilo de vida, destacando-se a falta de hábito quanto à prática

de atividade física. Os idosos que não praticavam nenhuma atividade física representaram 64,3%, destes 36,5% apresentaram depressão. Neste sentido, é importante considerar que, em alguns casos, a falta de motivação para aderir à atividades físicas ou de lazer, segundo Lopes (2015) fazem parte dos quadros depressivos.²⁹

Compreende-se a prática de atividade física como fator inerente e protetor para a saúde, nesta fase da vida. Sendo assim, idosos que realizam exercícios físicos são mais ativos e podem apresentar melhor saúde, desempenho, funcionalidade e qualidade de vida. Além disso, a atividade física, melhora a qualidade de vida, prolonga a longevidade e corrobora na prevenção ou melhora da depressão, devendo ser estimulada ao longo da vida.^{15,30,31}

Dessa forma, estudos sugerem que menores prevalências de depressão são encontradas em idosos fisicamente ativos. Um estudo transversal realizado em Minas Gerais com 107 indivíduos revelou que idosos que praticavam atividade física regularmente apresentaram ausência de depressão, melhor funcionalidade e qualidade de vida.¹⁵

Outro estudo de base populacional realizado por Galli (2016) com 988 idosos, demonstrou que idosos de idade avançada que não praticavam atividade física apresentaram maior índice de depressão (26% e 23,2%, respectivamente). Ainda, segundo Galli, o envelhecimento ativo constitui um processo de minimização das doenças e otimização para a saúde, de modo a promover qualidade de vida.³² No presente estudo, constatou-se resultados semelhantes, onde a análise demonstrou que a prevalência de depressão é 0,58 vezes menor para o idoso que pratica atividade física.

Interessante observar ainda nesta amostra, que a maioria dos idosos apresentava baixa renda, ou seja, 67,6% pertenciam à classe econômica D/E. Um estudo realizado por Hoffman (2010) sugere que condições de saúde e vida precárias, piores condições funcionais e sociais, são fatores relacionados à depressão nesta faixa etária. Dessa forma, compreende-se que baixa renda e/ou condições precárias podem gerar impactos negativos na saúde física, psíquica e na vida cotidiana dos idosos que perpassam pela situação.¹⁷ Neste sentido, os resultados do presente estudo demonstraram que 83% da amostra eram aposentados e 81,4% não desempenhavam outra atividade profissional, dependendo apenas do salário da aposentadoria para sobreviver. No entanto, as dificuldades financeiras se tornam desfavoráveis, corroborando em uma série de limitações para os idosos, como por exemplo, manter uma alimentação adequada e

saudável, horário das refeições e, em alguns casos, condições para aderir e/ou manter tratamentos medicamentosos.

Além da depressão ser considerada uma das patologias que mais afeta a saúde dos idosos, pode relacionar-se com a qualidade do sono, hábitos de vida e ter forte influência de fatores sociodemográficos.²⁹ Um estudo realizado com 313 idosos no México demonstrou que a depressão está relacionada a distúrbios do sono, onde 44,1% dos idosos apresentaram má qualidade do sono e 62% depressão.¹⁶

As causas das dificuldades do sono não foram investigadas de forma detalhada neste estudo, porém constatou-se que a baixa qualidade do sono pode aumentar os riscos de desenvolver depressão, onde foi identificada uma prevalência de 0,49 vezes menor para o desfecho quando comparados àqueles que apresentaram qualidade de sono muito ruim. Ainda, verificou-se uma prevalência de 1,74 vezes maior de desenvolver depressão em indivíduos que faziam uso diariamente de medicamentos para dormir. De acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, o sono perturbado é um importante aspecto a ser investigado para se diagnosticar a depressão, bem como a administração de medicamentos para dormir.⁵

Considerando estes resultados e a questão do Brasil estar perpassando por um processo de envelhecimento populacional nos últimos anos e, respectivamente apresentado altas prevalências de depressão entre as mulheres, foram levantadas algumas hipóteses de prováveis estratégias objetivando atenção especial para a população idosa, dentre elas: a ampliação das redes de cuidado no que se refere ao acolhimento e suporte social; programa de promoção e prevenção à saúde do idoso; estratégias de trabalhos e/ou conscientização quanto aos hábitos adquiridos, reforçando os impactos negativos da falta de exercícios físicos, sono e alimentação. E, por último adotar medidas para estimular a prática diária de atividade física.

É preciso considerar, entretanto, algumas limitações deste estudo. No que se refere ao local da coleta dos dados, trata-se de um local de atendimento onde a população alcançada estava restrita apenas ao local da pesquisa, não sendo possível estender a outras redes para obter um N amostral maior. Outra limitação alude às questões abordadas através de questionários e suas respectivas respostas, pois foram registradas apenas através do relato e veracidade da própria autopercepção dos idosos. E, por último, os resultados da qualidade do sono foram avaliados através de questionário e não aplicação do Índice de Qualidade do Sono.

Assim sendo, as investigações relacionadas ao estilo de vida adotado pela população idosa, principalmente as mulheres que apresentaram maior predisposição para adoecimento e ao que se refere ao exposto acima, devem ser repensadas e colocadas em prática, através de estratégias a fim de minimizar os riscos, seus impactos na saúde e/ou garantir a promoção e prevenção da saúde. Os resultados desta pesquisa trazem ainda questões importantes para se repensar, dentre elas, os demais preditores que podem influenciar de forma negativa na saúde e qualidade de vida dos idosos e, principalmente a carência de recursos e/ou suporte necessário para atender toda a demanda, especialmente aqueles idosos que se encontram mais vulneráveis e apresentam piores prognósticos e/ou riscos.

Tabela 1. Característica da amostra e associação da depressão em idosos de acordo com as variáveis independentes. Pelotas, RS, 2017.

Variáveis	N (%)	Sem depressão N (%)	Com depressão N (%)	Valor p *
Sexo				
Masculino	131 (42,0)	101 (77,1)	30 (22,9)	0,014*
Feminino	181 (58,0)	116 (64,1)	65 (35,9)	
Classe Socioeconômica				
A/B	25 (8,0)	18 (72,0)	7 (28,0)	
C	76 (24,4)	53 (69,7)	23 (30,3)	
D/E	211 (67,6)	146 (69,2)	65 (30,8)	
Morar sozinho				
Não	250 (80,1)	180 (72,0)	70 (28,0)	0,059
Sim	62 (19,9)	37 (59,7)	25 (40,3)	
Pratica atividade física				
Não	200 (64,3)	127 (63,5)	73 (36,5)	0,002*
Sim	111 (35,7)	89 (80,2)	22 (19,8)	
Desempenha atividade profissional				
Não	253 (81,4)	170 (67,2)	83 (32,8)	0,071
Sim	58 (18,6)	46 (79,3)	12 (20,7)	
Aposentadoria				
Não	53 (17,0)	39 (73,6)	14 (26,4)	0,473
Sim	258 (83,0)	177 (68,6)	81 (31,4)	
Dificuldade/manter horário das refeições				
Nenhuma	265 (85,2)	189 (71,3)	76 (28,7)	0,042*
Pouca	35 (11,3)	23 (65,7)	12 (34,3)	
Muita	11 (3,5)	4 (36,4)	7 (63,6)	
Dificuldade/não pular refeições				
Nenhuma	255 (82,0)	186 (72,9)	69 (27,1)	0,013*
Pouca	37 (11,9)	21 (56,8)	16 (43,2)	
Muita	19 (6,1)	9 (47,4)	10 (52,6)	
Dificuldade/manter padrão de consumo alimentar				
Nenhuma	242 (77,8)	175 (72,3)	67 (27,7)	0,001*
Pouca	48 (15,4)	34 (70,8)	14 (29,2)	
Muita	21 (6,8)	7 (33,3)	14 (66,7)	
Qualidade do Sono				
Muito ruim	16 (5,1)	7 (43,8)	9 (56,3)	<0,001*
Ruim	56 (18,0)	24 (42,9)	32 (57,1)	
Boa	209 (67,2)	164 (78,5)	45 (21,5)	
Muito boa	30 (9,6)	21 (70,0)	9 (30,0)	
Medicamento para dormir				
Nenhum	46 (48,4)	154 (77,0)	46 (23,0)	0,001*
1 ou mais vezes por semana	10 (10,5)	15 (60,0)	10 (40,0)	
Diariamente	39 (41,1)	47 (54,7)	39 (45,3)	
Total	312		95 (30,5)	

Tabela 2. Análise multivariada da prevalência de depressão em idosos, de acordo com as variáveis independentes. Pelotas, RS, 2017.

Variáveis	RP ^b (IC 95%)	P-valor	RP ^a (IC 95%)	P-valor*
Sexo		0,017	-	
Masculino	1,00			
Feminino	1,57 (1,08; 2,27)			
Mora sozinho (a)		0,049		0,151
Não	1,00		1,00	
Sim	1,44 (1,00; 2,07)		1,31 (0,91; 1,88)	
Prática Atividade Física		0,004		0,007*
Não	1,00		1,00	
Sim	0,54 (0,36; 0,82)		0,58 (0,39; 0,86)	
Desempenha atividade profissional		0,091	-	
Não	1,00			
Sim	0,63 (0,37; 1,08)			
Aposentadoria		0,485	-	
Não	1,00			
Sim	1,19 (0,73; 1,93)			
Classificação Socioeconômica		0,960	-	
A/B	1,00			
C	1,08 (0,53; 2,21)			
D/E	1,10 (0,57; 2,13)			
Dificuldade/manter horário refeições		0,006		
Nenhuma	1,00		1,00	
Pouca	1,20 (0,73; 1,97)		1,28 (0,79; 2,06)	0,315
Muita	2,22 (1,37; 3,61)		1,70 (0,96; 2,98)	0,067
Dificuldade/não pular refeições		0,006		
Nenhuma	1,00			
Pouca	1,60 (1,05; 2,44)			
Muita	1,95 (1,21; 3,12)			
Dificuldade/manter padrão de consumo alimentar		<0,001		
Nenhuma	1,00		1,00	
Pouca	1,05 (0,65; 1,71)		0,73 (0,44; 1,21)	0,225
Muita	2,41 (1,67; 3,47)		1,37 (0,87; 2,16)	0,173
Medicamento para dormir		<0,001		
Nenhum	1,00		1,00	
1 ou + vezes por semana	1,74 (1,01; 3,00)		1,53 (0,96; 2,44)	0,071
Diariamente	1,97 (1,40; 2,78)		1,74 (1,24; 2,42)	0,001*
Qualidade do Sono		<0,001		
Muito ruim	1,00		1,00	
Ruim	1,02 (0,62; 1,66)		1,21 (0,75; 1,97)	0,433
Boa	0,38 (0,23; 0,63)		0,49 (0,30; 0,81)	0,006*
Muito boa	0,53 (0,27; 1,07)		0,65 (0,31; 1,36)	0,249

^bRazão de prevalência bruta

^aRazão de prevalência ajustada

REFERÊNCIAS

- 1- Miranda, L.C.V, et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (11): 3533-3544, 2016.
- 2- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções da População. Brasil e Unidades de Federação. Séries Relatórios Metodológicos*, Rio de Janeiro, 2013; v. 40.
- 3- D'Avila, O.P. et al. Association between Root Caries and Depressive Symptoms among Elders in Carlos Barbosa, RS, Brazil. *Brazilian Dental Journal* (2017) 28 (2): 234- 240.
- 4- Ramos, G.C.F, et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Minas Gerais*, 2015; *J. Bras Psiquiatr.* 2015; 64 (2): 122-31.
- 5- Nascimento, M. I.C.; Cordioli, A.V., et al. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. American Psychiatric Association*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 6- Paradela, E.M.P. Depressão em Idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. Jan/março - 2011. p. 31-40.
- 7- Gonzalez, A. C. T., et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19 (1): 95-103.
- 8- Bretanha, A.F. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. Pelotas, 2015. *Rev. Bras. Epidemiologia*; 18 (1): 1-12.
- 9- Ribeiro, P.C.C, et al. Desempenho de idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. São Paulo, 2009 *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (1), 102-109.
- 10- Schlindwein-Zanini, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev. Neurociência*, Santa Catarina, 2010; 18 (2): 220-226.
- 11- Mari, F. R, et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19 (1): 35-44.
- 12- Bruckmann, M. & Pinheiro, M. M. C. Efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças. Santa Catarina, 2016; 28 (4): 338- 344.

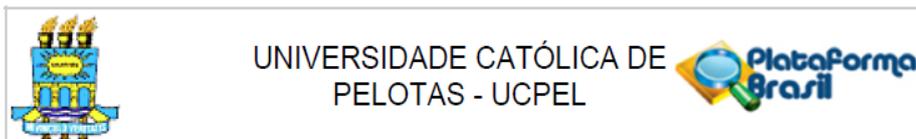
- 13- Cohen, R. Prevalência de sintomas depressivos em idosos em um serviço de emergência. Rio de Janeiro, 2015; Rev. Bras. Geriatria. Gerontol., 18 (2): 307-317.
- 14- Fechine, B. R. A; Trompieri, N. O Processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional. ISSN: 1679-9844. Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012. D.O.I: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>.
- 15- Campos, ACV et al. Qualidade de Vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2014. Out-Dez; 23 (4): 889-97.
- 16- Téllez, A., Juárez-García, D. M., Jaime-Bernal, L., & García-Cadena, C. (2016) Prevalência de transtornos de sueño en relación a factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. Revista Colombiana de Psicología, 25(1), 95-106. doi: 10.15446/rcp.v25n1.47859.
- 17- Hoffman, J.E, et.al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras Psiquiatr. Minas Gerais, 2010; 59 (3): 190-197.
- 18- Almeida, O.P, Almeida, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1999; 57:421-6.
- 19- Frank, M.H & Rodrigues, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas Ev, Py. L, NERI, A.L, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 376-87.
- 20- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016. <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 11 novembro 2016 às 21h e 56 min.
- 21- Bertolazi, A.N., et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine*, 2011; 12 70–75.
- 22- Giglio, L. M. F. et al. Development and use of a biological rhythm interview. *Journal of Affective Disorders*. 2009; 118 161–165.
- 23- Zimerman, G I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed 2000.
- 24- Souza, J.M.R. Autoconceito e percepção sobre o envelhecimento dos profissionais que lidam diariamente com o idoso. Dissertação de Mestrado- Universidade da Madeira; Funchal, 2012.
- 25- Faller, J. W. et al. The old age in the perception of the elderly of different nationalities. Texto contexto Enfermagem, Estados Unidos, 2015, Jan-Mar; 24 (1): 128-37.

- 26- Nascimento, R. G. do, et al. Percepção de idosos ribeirinhos amazônicos sobre o processo de envelhecimento: O saber empírico que vem dos rios. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19 (3): 429-440.
- 27- Matias, A.G.C, et al. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Rev.einstein*; Bahia, 2016; 14 (1): 6-11.
- 28- Ferreira, PCS et al. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. *Rev. Eletrônica Enfermagem*, 2013 jan/mar; 15 (1): 197-204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16643>. doi: 10.5216/ree.v15i1.16643. Acesso em 10-08-2017.
- 29- Lopes, JM et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2015; 18 (3): 521-531.
- 30- Chaves, A. S. et al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18 (3):545-556.
- 31- Teixeira, A. R. Dizziness, Physical Exercise, Falls, and Depression in Adults and the Elderly. *Int. Arch Otorhinolaryngol*, 2016; 20:124 -131.
- 32- Galli, R. et al. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev. Bras Epidemiologia*; Abril- Junho 2016; 19 (2): 307-316.

ANEXOS

Anexo A

Carta de Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INVESTIGAÇÃO DA POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO ENTRE O DECLÍNIO COGNITIVO E COMPOSIÇÃO CORPORAL EM IDOSOS AMBULATORIAIS

Pesquisador: Rachel Krolow Santos Silva Bast

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 51709415.8.0000.5339

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pelotas - UCPEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.805.912

Apresentação do Projeto:

Apresentação adequada

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são pertinentes e executáveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os autores:

Riscos

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes. No entanto, a participação no estudo pode trazer algum risco ao idoso como risco de queda ao caminhar por 4 metros e/ou ao perceber que apresenta depressão. Importante salientar que o desenvolvimento da pesquisa será acompanhado pela pesquisadora mestranda e médica geriatra Isabel Clasen Lorenzet assim como por outros profissionais da área da saúde.

Benefícios

Os idosos avaliados terão acesso aos resultados da pesquisa. Aqueles participantes que necessitarem de atendimento médico serão encaminhados para o ambulatório de Geriatria e Gerontologia e/ou para o Serviço de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas-RS.

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
 Bairro: Centro CEP: 96.010-000
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)2128-8023 Fax: (53)2128-8298 E-mail: cep@ucpel.tche.br

Anexo B**Termo de consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:
“Investigação da possível associação entre o Declínio Cognitivo e Composição Corporal em Idosos Ambulatoriais”

1- Objetivo e justificativa

Esta pesquisa tem por objetivo verificar, em idosos, o quanto é frequente a perda cognitiva (perda de funções cerebrais como a memória) e avaliar se existe relação entre essa perda e o fato de estar acima ou abaixo do peso. Este estudo também busca avaliar a quantidade de massa muscular e de gordura corporal em cada indivíduo idoso, verificando se tiver pouca massa muscular ou estiver obeso aumenta a chance de perda cognitiva. Com esta pesquisa, será possível conhecer alguns fatores relacionados à perda das funções cerebrais nos idosos.

2-Procedimento da pesquisa

Inicialmente será realizada uma entrevista contendo perguntas sobre dados pessoais e perguntas sobre a memória. Após, serão realizadas medidas como peso, altura, circunferência da panturrilha, avaliação da caminhada e da força de preensão palmar e por fim, avaliação da depressão.

3- Desconfortos e riscos

Os riscos relacionados a este estudo são mínimos, como o pequeno risco de queda que existe ao caminhar uma distância de 4 metros e/ou perceber que apresenta depressão, salientando que todos participantes serão assistidos por pesquisadores da área da saúde.

4- Benefícios

Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa e ter conhecimento sobre os dados referentes à sua avaliação. Tais resultados também poderão ser publicados em jornais científicos, mas você terá a sua identidade preservada. Caso você necessite de atendimento médico será encaminhado para o ambulatório de Geriatria e Gerontologia para o atendimento com a Dra. Isabel Clasen Lorenzet e/ou para o Serviço de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas-RS. Sua colaboração permitirá uma melhor compreensão dos fatores que levam à perda de certas funções cerebrais com o envelhecimento. Você não terá nenhum gasto financeiro ao participar da pesquisa, porém também não receberá nenhum benefício em dinheiro.

5- Garantia de esclarecimento e Liberdade de Recusa

Caso seja necessária alguma orientação, esclarecimento de dúvidas, ou ainda atendimento médico, você pode procurar o ambulatório de Geriatria da Universidade Católica de Pelotas ou o setor de pós graduação em Saúde e Comportamento da mesma universidade. Você pode ainda entrar em contato pelo telefone (53) 91302929, com a Dra Isabel Clasen Lorenzet, ou pelo número (53) 21288404 do mestrado em Saúde e Comportamento.

Você pode recusar-se a participar da pesquisa, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Caso deseje não participar, não ocorrerá qualquer penalidade e o atendimento oferecido a você não mudará.

DECLARAÇÃO:

Eu, _____ declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do participante

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

Data: __ / __ / _____

Anexo C**1. Questionários****1.1 Questionário Sócio-demográfico**

N° do Questionário: _____ Data da coleta: ___ / ___ / ___ Telefone: _____

Nome completo: _____

1. Identificação sócio-demográfica

2. Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

nas _____

3. Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Outra _____

raça _____

4. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

sexo _____

5. Qual o seu estado civil?

(0) Solteiro/ divorciado

(1) casado/vive com companheiro (a)

(3) Viúvo

ecivil _____

6. Mora só? (0) Não (1) Sim

mora _____

7. Dados Clínicos

Sr. (a) possui alguma doença?

diab _____

7.1 Diabetes (0) Não (1) Sim

has _____

7.2 Hipertensão (0) Não (1) Sim

cardio _____

7.3 Problemas cardíacos (0) Não (1) Sim

rim _____

7.4 Problemas renais (0) Não (1) Sim

pul _____

7.5 Problemas pulmonares (0) Não (1) Sim

7.6 AVC/Isquemia cerebral (0) Não (1) Sim

avc _____

7.7 Colesterol Alto (0) Não (1) Sim

col _____

8. O sr(a) sofreu alguma queda no último ano? Quantas?

qued _____

* especificar que último ano é de hoje até 1 ano atrás. ** queda da própria altura.

(0) Não Sim. Quantas? ()

9. Sr. (a) utiliza algum medicamento?

(0) Não Sim. Quantos? ()

Numed_____

Se SIM: Se Sr. (a) faz uso de medicamento (s), por favor, cite os medicamentos que o Sr (a) lembra?

1 _____ 6 _____
 2 _____ 7 _____
 3 _____ 8 _____
 4 _____ 9 _____
 5 _____ 10 _____

10. Durante quantos anos o/a Sr.(a) estudou? _____

aestud_____

11. O/a Sr.(a) pratica atividade física? (Se pratica mais de uma, marcar quais e não codificar.)

ativ_____

(0) Não (1) caminhada (2) ginástica (3) hidroginástica (3) dança (4) musculação
 (5) outra _____

nativ_____

12. Se sim, quantas vezes por semana? _____

13. O/a Sr.(a) atualmente está trabalhando? (0) Não (1) Sim

trab_____

14. O/a Sr.(a) está aposentado? (0) Não (1) Sim

apo_____

1.2 Questionário Sócio-Econômico

PARTE C – PERFIL SOCIO-ECONÔMICO ABEP 2016

1) Quantos banheiros tem em casa?	[BANH]
0 () nenhum Se sim: quantos? _ _ banheiros	_ _
2) O Sr.(Sra.) tem empregada doméstica em casa?	[DOMEST]
0 () nenhuma Se sim: quantas? _ empregadas	_
3) O Sr. (Sra) ou sua família tem carro de passeio (não de uso profissional) ?	[AUTO]
0 () não Se sim: quantos? _ carros	_
4) Quais destas utilidades domésticas o Sr.(Sra.) tem em casa?	
Microcomputador	
0 () não Se sim: quantos? _ _ microcomputadores	[MICROC]
Máquina de lavar louça	_ _
0 () não Se sim: quantas? _ lava louças	
Geladeira	
0 () não Se sim: quantas? _ geladeiras	[LAVLOUC]
Freezer	_
0 () não Se sim: quantos? _ freezers	
Máquina de lavar roupa	[GEL] _
0 () não Se sim: quantas? _ máquinas	
Aparelho de reproduzir DVD	[FREZ] _
0 () não Se sim: quantos? _ DVDs	
Micro-ondas	[LAVROUP]
0 () não Se sim: quantos? _ micro-ondas	_
Secadora de roupa	
0 () não Se sim: quantas? _ secadoras	[DVD] _
	[MICROON]
	_
	[SECROUP]
	_

<p>5) O Sr. (Sra) ou sua família tem motocicleta?</p> <p>0 () não Se sim: quantas? _ motos</p>	[MOTO] _
<p>6) Quantos anos de estudo tem o chefe da família? _ _ </p>	[ANOESC] _ _
<p>7) Qual o último ano de estudo do chefe da família? (Fundamental I - 1º ao 4º ano; Fundamental II - 5º ao 9º ano.)</p> <p>0 () nenhum ou fundamental I incompleto</p> <p>1 () Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto</p> <p>2 () Fundamental II completo/ Médio incompleto</p> <p>3 () Médio completo/ Superior incompleto</p> <p>4 () Superior completo</p>	[ESCOLA] _
<p>8) Na sua moradia, de onde vem a água utilizada?</p> <p>1 () rede geral de distribuição 2 () poço ou nascente 3 () outro meio</p>	[AGUA] _
<p>9) O trecho da rua do seu domicílio é:</p> <p>1 () asfaltada/pavimentada 2 () terra/cascalho</p>	[PAVIM] _

1.3 Questionário sobre alimentação e sono

1. Agora vamos falar sobre a sua alimentação.

1.1 O(a) Sr.(a) está com alguma dificuldade em manter o horário de suas principais refeições (café da manhã, almoço e jantar)?

- (1) nenhuma (2) pouca (3) muita

Href_____

1.2 O(a) Sr.(a) está com dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere

a não pular refeições?

- (1) nenhuma (2) pouca (3) muita

Puref_____

1.3 Em relação à quantidade de alimento ingerido diariamente, o (a) Sr.(a) possui alguma dificuldade em manter o seu padrão de consumo alimentar habitual?

- (1) nenhuma (2) pouca (3) muita

Qref_____

2. Agora, vamos falar sobre a qualidade do seu sono no último mês.

2.1 Durante o último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

- (0) Nenhuma no último mês (2) 3 ou mais vezes/semana
(1) 1 ou 2 vezes/semana (3) Diariamente

Mdor_____

2.2 Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) o(a) Sr.(a) geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos _____

Tdor_____

2.3 Durante o último mês, quantas horas em média de sono o (a) Sr.(a) teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que o(a) Sr.(a) ficou na cama).

Horas em média de sono por noite _____

Hson_____

2.4 Durante o último mês, como o(a) Sr.(a) classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- (0) Muito Ruim (1) Ruim (2) Boa (3) Muito boa

Qsono_____

1.4 Questionários sobre as atividades da vida diária.

1. Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)

1.1 O(a) Sr.(a) necessita de assistência para tomar banho?

- (0) Não necessita de assistência
(0) Recebe assistência somente para uma parte do corpo
(1) Necessita de assistência para mais de uma parte do corpo

abvd1_____

1.2 O(a) Sr.(a) necessita de assistência para pegar as roupas ou vestir-se (incluindo roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos)?

- (0) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
(0) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.
(1) Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.

abv2_____

1.3 O(a) Sr.(a) necessita de assistência para ir ao banheiro ou fazer a higiene pessoal?

- (0) Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).
(1) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite.
(1) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.

abvd3_____

1.4 O(a) Sr.(a) necessita de assistência para locomover-se (transferência)?

- (0) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).
(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.
(1) Não sai da cama.

abvd4_____

1.5 O(a) Sr.(a) consegue controlar as funções de urinar e evacuar (continência)?

- (0) Controla completamente
(1) Tem "acidentes" ocasionais.
(1) Necessita de supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.

abvd5_____

1.6 O(a) Sr. (a) necessita de assistência para alimentar-se?

- (0) Alimenta-se sem assistência.
(0) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.
(1) Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

abvd6_____

1.5 Instrumento para avaliar sintomas depressivos

1. GDS

1.1 Agora, serão realizadas algumas perguntas em relação aos seus sentimentos:

1.1.1 Você está satisfeito com a vida?	(0)Sim (1) Não	GDS1_____
1.1.2 Você deixou de lado (ou interrompeu) muitos de suas atividades e interesses?	(1)Sim (0) Não	GDS2_____
1.1.3 Você sente que sua vida está vazia?	(1)Sim (0) Não	GDS3_____
1.1.4 Você sente-se aborrecido com frequência?	(1)Sim (0) Não	GDS4_____
1.1.5 Você está de bom humor na maioria das vezes?	(0)Sim (1) Não	GDS5_____
1.1.6 Você teme que algo de ruim lhe aconteça?	(1)Sim (0) Não	GDS6_____
1.1.7 Você se sente feliz na maioria das vezes?	(0)Sim (1) Não	GDS7_____
1.1.8 Você se sente frequentemente desamparado?	(1)Sim (0) Não	GDS8_____
1.1.9 Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	(1)Sim (0) Não	GDS9_____
1.1.10 Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	(1)Sim (0) Não	GDS10_____
1.1.11 Você pensa que é maravilhoso estar vivo?	(0)Sim (1) Não	GDS11_____
1.1.12 Você se sente inútil?	(1)Sim (0) Não	GDS12_____
1.1.13 Você se sente cheio de energia?	(0)Sim (1) Não	GDS13_____
1.1.14 Você sente que sua situação é sem esperança?	(1)Sim (0) Não	GDS14_____
1.1.15 Você pensa que as maiorias das pessoas estão melhores do que você?	(1)Sim (0) Não	GDS15_____

Escore total: ____ (escore ≥ 5 diagnóstico de Depressão; escore ≥ 11 diagnóstico de Depressão Grave).

1.6 Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

1.1 O(a) Sr(a):	Sem ajuda 3	Com ajuda parcial 2	Não consegue 1
1.2 Consegue usar o telefone?			
1.3 Consegue ir a locais distantes (por ex. viajar), usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?			
1.4 Consegue fazer compras?			
1.5 Consegue preparar suas próprias refeições?			
1.6 Consegue arrumar a casa?			
1.7 Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?			
1.8 Consegue lavar e passar sua roupa?			
1.9 Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?			
1.10 Consegue cuidar de suas finanças?			

aivd1_____

aivd2_____

aivd3_____

aivd4_____

aivd5_____

aivd6_____

aivd7_____

aivd8_____

aivd9_____

2. Instrumento para avaliar a cognição

2.1. Bateria Cognitiva Breve

2.2 Percepção Visual e Nomeação

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte: “**que figuras são estas?**”

Anote aqui: Nomeação correta: (0 A 10) _____

Percepção correta: (0 A 10) _____

nom _____

perc _____

2.3 Memória Incidental

Esconda as figuras e pergunte: “**que figuras eu acabei de lhe mostrar?**”

(Tempo máximo de evocação: 60 segundos) Marque na folha de respostas.

2.4 Memória Imediata 1

Mostre a figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

“**Olhe bem e procure memorizar estas figuras**” (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda por duas vezes).

Esconda as figuras e pergunte: “**que figuras eu acabei de lhe mostrar?**” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos) Marque na folha de respostas.

2.5. Memória Imediata 2 (Aprendizado)

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

“**Olhe bem e procure memorizar estas figuras**” Esconda as figuras e pergunte: “**que figuras eu acabei de lhe mostrar?**” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos). Marque na folha de respostas

2.6 Teste de Fluência Verbal

“Você deve falar todos os nomes de animais (vale qualquer bicho) que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar”.

Anote todos os nomes de animais lembrados em **1 minuto**:

fv _____

2.7 Desenho do relógio (Sunderland et al., 1989)

Dê uma folha de papel em branco e diga: **“desenhe um relógio com todos os números. Coloque ponteiros marcando 2h:45min.”**

(guarde o desenho com a ficha).

rel _____

2.8 Memória tardia (5 minutos)

“Que figuras eu lhe mostrei há alguns minutos?” Se necessário, reforce dizendo figuras desenhadas numa folha de papel plastificada. (60 segundos)

Marque na folha de respostas.

2.9 Reconhecimento

Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga: **“aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos.”** Marque na folha de respostas.

2.10 Folha de Respostas

	M Inc	M1	M2	M5	Rec		
Sapato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F V E R E L O G I O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minc_____
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M1_____
Chave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M2_____
Avião	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Balde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M5_____
Tartaruga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rec_____
Livro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Árvore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Folha de respostas

	M. Incidental	M. Imediata 1	M. Imediata 2	M5	Rec
Corretas	<input type="checkbox"/>				
Intrusões	<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>
					Reconhecimento:

Observação:

Memorizar: 30 segundos

Evocar (recordar): 60 segundos

