

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Ernesto José Hoffmann

Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma  
comunidade no Norte de Minas Gerais, Brasil

Montes Claros

2010

Ernesto José Hoffmann

Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no  
Norte de Minas Gerais, Brasil

Área de Concentração: Saúde Coletiva.  
Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação  
em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de  
Montes Claros, como parte das exigências para a  
obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em  
Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Ribeiro

Montes Claros

2010

H699s Hoffmann, Ernesto José.  
Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no Norte de Minas Gerais, Brasil [manuscrito] / Ernesto José Hoffmann. – 2010.  
46 f.

Bibliografia : f. 39-43.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ PPGCS, 2010.  
Orientador: Prof. Dr. Fábio Ribeiro.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Idoso. 3. Depressão. I. Ribeiro, Fábio. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Paulo César Gonçalves de Almeida

Vice-reitor: João dos Reis Canela

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação: Sílvia Nietsche

Coordenador de Pós-Graduação: Hercílio Martelli Júnior

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Paulo Rogério Ferreti Bonan

Subcoordenador: João Felício Rodrigues Neto



ALUNO: ERNESTO JOSÉ HOFFMANN

**TÍTULO DO PROJETO:** "SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE NO NORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL"

**LINHA DE PESQUISA:** EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:** SAÚDE COLETIVA

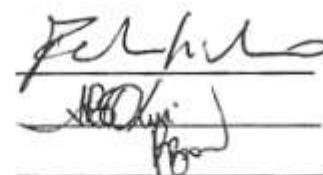
**BANCA (TITULARES)**

PROF. DR. FÁBIO RIBEIRO (ORIENTADOR/PRESIDENTE)

PROF. DR. ALESSANDRA REJANE ERICSSON OLIVEIRA (UNIMONTES)

PROF. DR. PAULO ROGÉRIO FERRETI BONAN (UNIMONTES)

**ASSINATURAS**



**BANCA (SUPLENTES)**

PROF. DR. HERCÍLIO MARTELLI JÚNIOR (UNIMONTES)

PROF. DR. PAULO MARCOS ZECH COELHO (FIOCRUZ)

**ASSINATURAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

APROVADA

REPROVADO

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF

<http://www.unimontes.br> / [ppgcs@unimontes.br](mailto:ppgcs@unimontes.br)

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

Dedico este trabalho a minha família, em especial  
aos meus pais, Ivo Germano Hoffmann e  
Zuleika Simões Hoffmann, luzes do meu caminho,  
à minha esposa Jussara Martins Farnese,  
amada companheira e grande apoiadora  
desta empreitada, e à minha pequenina filha  
Sofia Farnese Hoffmann, que, mesmo sem ter, talvez,  
a total compreensão de todos os eventos a seu  
redor, me forneceu conforto com seu sorriso e presença,  
dando-me a certeza de que todos os desafios  
enfrentados valeram a pena.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, principais incentivadores de uma vida de estudo e de reflexão.

À minha esposa Jussara, pelo seu carinho, amizade e dedicação, e por provavelmente ter sido a primeira pessoa a me incentivar de coração a fazer este Mestrado.

À minha filha Sofia, por sua simples presença, que me conforta e coloca meus pés no chão, me conectando com o aqui e o agora.

Aos colegas de trabalho da Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Cintra, pela amizade e auxílio. Sem eles com certeza este trabalho não existiria.

Aos meus queridos alunos, que participaram com dedicação como auxiliares de pesquisa, permitindo a confecção deste trabalho.

Ao meu orientador, Doutor Fabio Ribeiro, pela confiança, permitindo que eu pudesse realizar este trabalho de acordo com meu ritmo e minhas convicções.

## SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE NO NORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL.

Indivíduos idosos apresentam problemas de saúde de caráter crônico, necessitando de cuidados específicos. A maioria destes buscará atendimentos de saúde em suas comunidades, de modo que as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem estar preparadas para atender suas demandas. Os sintomas depressivos são mais comuns entre idosos comparativamente as demais faixas etárias, e estão associados a piores prognósticos de saúde e perda de capacidade para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (ABVD e AIVD). Este estudo objetiva verificar a prevalência de sintomas depressivos de uma população idosa residente em uma comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, e avaliar sua associação com aspectos biopsicossociais e capacidade funcional. Trata-se de estudo transversal, observacional, de base populacional. Foi avaliada a totalidade dos idosos residentes na área de abrangência de uma unidade de ESF, sendo estes entrevistados em seus domicílios. Foi utilizado questionário adaptado do Brazil Old Age Schedule (BOAS) para coletar os dados biopsicossociais. Para avaliar sintomas depressivos, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (EDG-15). A Escala de Katz foi utilizada para se avaliar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e a Escala de Pfeffer para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As associações foram verificadas mediante submissão dos dados a análise bivariada e multivariada. A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 20,9%. Apresentaram associação significativa com sintomas depressivos: dificuldade para dormir (RP=2,04;  $p=0,002$ ) e dependência para AIVD (RP=3,22;  $p<0,001$ ). Há, portanto, uma alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos no âmbito comunitário, sendo mais frequentes entre idosos com dificuldade para dormir e com dependência funcional para AIVD.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Idoso; Depressão; Atividades Cotidianas.



DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ELDERS  
DWELLING IN A COMMUNITY IN THE NORTH OF MINAS GERAIS STATE,  
BRAZIL.

Older individuals present chronic health problems, demanding specific care. The majority of them will look after health attendance in their communities; therefore the Family Health Strategy (FHS) teams must be prepared to resolve their demands. Depressive symptoms are more common among elders comparatively to other age groups, and are associated to worse health prognosis and loss of capability to do Basic Activities of Daily Living (BADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL). This study has the objective to verify the prevalence of depressive symptoms of an elder population dwelling in a community in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, and evaluate the association of them with biopsychosocial aspects and functional capacity. This is a transversal, observational, population-based study. All of the elders living in the range area of a FHS unit, and the interviews were made in their dwellings. An adaptation of the Brazil Old Age Schedule (BOAS) questionnaire was used to collect the biopsychosocial data. The abbreviated Geriatric Depression Scale (GDS-15) was used to evaluate depressive symptoms. The Katz Index was used to evaluate the Basic Activities of Daily Living (BADL); the Pfeffer Index to evaluate Instrumental Activities of Daily Living (IADL). The associations were verified by submitting data to bivariate and multivariate analysis. The prevalence of depressive symptoms was of 20.9%. Depressive symptoms were significant associated with difficulty to sleep (PR=2.04; p=0.002) and dependence for IADL (PR=3.22; p<0.001). There is a high prevalence of depressive symptoms among elders in the community, being more frequent among elders with difficulty to sleep and functional dependence for IADL.

**Keywords:** Primary Health Care; Aged; Depression; Activities of Daily Living.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivos Gerais .....	14
2.2 Objetivos Específicos .....	14
3 PRODUTOS .....	15
3.1 Artigo científico.....	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	38
REFERÊNCIAS .....	39
APÊNDICES .....	44
APÊNDICE A – Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa .....	45
ANEXOS .....	46
ANEXO A – Questionário para avaliação biopsicossocial .....	47
ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada .....	48
ANEXO C – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (Katz).....	49
ANEXO D – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Pfeffer).....	50
ANEXO E – Revista Brasileira de Epidemiologia: instruções aos autores.....	51

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é inerente à vida, sendo este um fenômeno que afeta a cada um dos indivíduos de maneira muito particular.

As definições de quando podemos considerar uma pessoa idosa variam muito. Muitas vezes, estas são um tanto quanto arbitrárias e, em muitos países, são definidas pela idade com a qual um indivíduo pode se aposentar e passar a receber benefícios previdenciários<sup>1,2</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) atualmente evita considerar uma idade inicial para a velhice, abrangendo uma perspectiva de curso de vida<sup>3</sup>. Afirma todos estarmos envelhecendo e que a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção de saúde durante todo o desenrolar da vida como um todo, podendo somente ser compreendida a saúde dos idosos atuais através dos eventos experienciados ao longo de suas vidas<sup>3</sup>. No entanto, em grande parte de suas publicações e mesmo em seu site, a OMS utiliza o marcador '60 anos ou mais' para apresentar dados estatísticos e informações sobre o processo de envelhecimento<sup>3-5</sup>. Em pesquisa da própria OMS realizada no Continente Africano, os próprios autores do projeto têm dificuldades para gerar uma idade-índice para inclusão de indivíduos idosos, uma vez que consideram a idade de 65 anos utilizada como parâmetro na maioria dos países desenvolvidos inadequada para a realidade africana<sup>1,6</sup>.

As Nações Unidas, por sua vez, em suas Perspectivas para a População Mundial (tradução livre de 'World Population Prospects' (WPP)) mostram uma evolução do termo idoso. Enquanto os dados mais recentes (referentes a 2006) ainda não recebem edição definitiva, os resultados das pesquisas referentes aos anos de 2000 e 2004 apresentam as informações a seguir. A WPP 2000 define 'idoso' como a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos; e 'idoso mais idoso' (tradução livre para 'oldest old') aquele com idade superior a 80 anos<sup>7</sup>. Já em seu relatório WPP de 2004, as Nações Unidas determinam como idoso a pessoa acima de 65 anos, e separando esta faixa etária em três outras distintas: dos 65 aos 79, a faixa do 'idoso jovem' (youngest old); a faixa dos 80 aos 89, e, por fim, a faixa com idade igual ou superior aos 90 anos<sup>8</sup>.

No Brasil, a Legislação considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Em 1994 é criada a Política Nacional do Idoso (Lei Federal No. 8842 de 4 de janeiro de 1994), em que, pela primeira vez surge uma menção legal com a definição deste limite etário para a caracterização da pessoa idosa<sup>9</sup>.

Em 1º. de Outubro de 2003, no Brasil, foi criado o Estatuto do Idoso, nome dado à Lei Federal No. 10.741, a fim de regular os direitos assegurados a essas pessoas<sup>10</sup>, e, em 2006, foi aprovada no Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de dispor política atualizada no setor com relação ao tema (Portaria No. 2.528 de 19 de Outubro de 2006)<sup>11</sup>.

Cientes das diversas possíveis definições acerca do tema, passaremos a considerar a partir deste momento e em todo o conteúdo deste trabalho como pessoa idosa toda aquela com idade igual ou superior a 60 anos, a fim de nos adequarmos à definição e ao direcionamento das políticas públicas nacionais.

A população mundial está envelhecendo. O envelhecimento populacional se deve à diminuição das taxas de mortalidade associado ao declínio acelerado das taxas de fecundidade<sup>12</sup>. Melhorias sanitárias, de moradia, nutricionais e avanços médicos, como vacinas, também contribuíram para este cenário<sup>4</sup>. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce mais rapidamente que as demais faixas etárias<sup>3</sup>, com provável crescimento de 75%, contra 50% do restante da população, até 2020<sup>4</sup>.

A maior parte da população idosa mundial (mais de 60%) encontra-se nos países em desenvolvimento<sup>4,5</sup>. A perspectiva para o ano de 2050 é de que a população idosa mundial seja em número de 2 milhões de pessoas, e cerca de 80% destas deverão estar habitando em países em desenvolvimento<sup>3,5</sup>.

Nosso país acompanha esta tendência. Até 2025, o Brasil deverá ser o sexto país do mundo em número de idosos<sup>3</sup>, chegando a uma parcela superior a 15% da população geral do país<sup>5</sup>. Com o aumento da idade, acompanham os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas<sup>4,5</sup>. Lidar com uma população idosa com uma prevalência cada vez maior de tais doenças representa um desafio para os países em desenvolvimento, como o Brasil, uma vez que sofrem uma acumulação epidemiológica pela não erradicação de doenças agudas (infecto-contagiosas) que se somam ao quadro das doenças crônicas<sup>5</sup>. Além disso, os sistemas de saúde destes países tendem a ter mais dificuldades no futuro por conta da escassez de recursos, pois sua população idosa cresce muito mais rapidamente que suas economias, em contraponto ao já ocorrido nos países desenvolvidos, onde a população idosa cresceu em número quando estes países já se encontravam em situação econômica mais favorável<sup>5</sup>.

É sabido que os idosos consomem muito mais recursos em saúde que as demais faixas etárias da população. Uma importante consequência do aumento do número destes indivíduos é que estes deverão apresentar um maior número de doenças e/ou condições crônicas, requerendo mais serviços sociais e médicos e por mais tempo<sup>13</sup>. Tais problemas de saúde

representam altos custos para o Estado, como já ocorre em países como o Japão, a China e alguns países da Europa e América do Norte<sup>14</sup>. No Brasil, tal situação já é perceptível uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS<sup>14</sup>.

A Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em Abril de 2002 em Madri (Espanha), criou um Plano de Ação no intuito de influenciar os mais diversos países na adoção de medidas em prol de um melhor envelhecimento e um maior cuidado na velhice (a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, inclusive, tenta se enquadrar dentro de seus direcionamentos)<sup>3,5,11</sup>.

Dentro deste plano, os diversos segmentos da sociedade, aí incluídos de maneira fundamental os serviços de saúde, devem estar orientados para o Envelhecimento Ativo, ou seja, o fortalecimento de medidas de conduta e de cuidado que levem os indivíduos a um processo de envelhecimento com saúde e uma velhice com menos fatores de risco passíveis de influenciar negativamente as condições de saúde desta pessoa<sup>3</sup>.

Na organização destes serviços de saúde, ganham importância fundamental o Cuidado Primário e a forma como ele deve ser realizado, adaptando-se às necessidades dos diferentes grupos populacionais, com especial atenção à cada vez mais extensa faixa populacional com idade igual ou maior a 60 anos<sup>5</sup>.

Em muitos países do mundo, os locais de atendimento à saúde, em especial no nível do Cuidado Primário, são centralizados em um modelo de Cuidados à Saúde agudo e episódico, não atendendo às necessidades de muitos pacientes, principalmente os idosos<sup>5</sup>. Além deste problema, soma-se o fato de que, apesar de o Cuidado Primário ficar localizado em nível comunitário, onde se encontra habitando a maior parcela da população idosa e onde se oferece a maior parte do atendimento, este nível de atenção à saúde usualmente é o que recebe apenas uma fração dos recursos financeiros para a saúde<sup>5</sup>.

O Cuidado Primário, dentro das orientações de Envelhecimento Ativo, deve estar estruturado a prestar atendimento continuado a doenças tanto agudas como crônicas, medidas de prevenção e promoção à saúde e permitir fácil acesso aos pacientes idosos; saber acolher os indivíduos em suas unidades estando atentos para suas condições sócio-econômicas e psicológicas e fornecer visitas e atendimentos domiciliares quando necessários<sup>3,5</sup>.

No Brasil, o principal fornecedor de cuidados de saúde à população é seu sistema de saúde público, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado através da Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado<sup>15</sup>.

As políticas nacionais de organização do Cuidado Primário têm voltado seus olhos nos últimos anos para uma estratégia específica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é um modelo de organização da Atenção Primária à saúde próprio do SUS<sup>16</sup>.

Em construção no Brasil desde 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), e dando seqüência em 1994 com o Programa de Saúde da Família (PSF), tal estratégia vem ganhando corpo e forma cada vez mais significativos<sup>17,18</sup>.

A ESF trabalha baseada em equipes multiprofissionais compostas por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, os quais seriam responsáveis pela atenção à saúde de 800 famílias<sup>17</sup>. Um profissional da odontologia pode também compor a equipe de Saúde da Família<sup>17</sup>. A atenção à saúde se dá de maneira integral e contínua, e realizada num espaço geográfico definido<sup>17</sup>.

Tais características da ESF são determinantes para colocá-la como principal local de atendimento aos idosos em nosso país.

O idoso deverá, portanto, ser acolhido pela equipe de ESF ou pela Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo estabelecido vínculo entre o serviço e o usuário para garantir a assistência integral e contínua ao mesmo e aos membros de sua família, sendo vinculados à equipe ou unidade de saúde de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade<sup>19</sup>.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa prevê a incorporação, na Atenção Primária, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais deste setor e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial<sup>11</sup>. Uma das diretrizes específicas desta Portaria ainda prevê o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa, inclusive fomentando-as<sup>11</sup>.

Um importante aspecto a ser avaliado no atendimento continuado à saúde das pessoas idosas é o da Saúde Mental. A avaliação do idoso deve fazer parte do rol de atividades atual das Equipes de Saúde da Família; tal avaliação é multidimensional e deve levar em consideração os aspectos funcionais dos mesmos bem como a avaliação específica do humor destes pacientes<sup>19</sup>.

Os distúrbios afetivos com alterações do humor são as principais psicopatologias que acometem os idosos<sup>20</sup>. A prevalência da depressão é muito maior em indivíduos de idade avançada do que em qualquer outra faixa etária<sup>21</sup>.

No entanto, apesar de prevalente, Gazalle et al. (2004) afirmam que a depressão em pacientes idosos é pouco investigada em ambientes clínicos, sugerindo, inclusive, a capacitação de profissionais para o monitoramento destes sintomas neste ambiente<sup>22</sup>.

Caracterizada pelo humor deprimido, perda de interesse e fatigabilidade, a depressão também pode trazer sintomas como concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, sono perturbado, apetite alterado e idéias ou atos auto-lesivos ou até mesmo o suicídio<sup>23</sup>. Geralmente apresenta uma evolução crônica, com episódios recorrentes, estando associada a grande incapacitação funcional<sup>24,25</sup>.

A depressão não faz parte do envelhecer, no entanto, torna-se extremamente prevalente acima dos 65 anos<sup>26</sup>. Robert et al. (1997) descrevem que a idade por si só não é um fator de risco para depressão, mas sim o que acontece durante esta idade<sup>27</sup>. A perda de autonomia funcional por doença física, a morte do cônjuge e a aposentadoria são alguns dos principais acontecimentos que ocorrem na terceira idade, criando uma situação de perdas importantes e contínuas que acabam por compor elenco para um expressivo rebaixamento do humor<sup>28</sup>. Snowdon (1990) afirma que a demência, doenças físicas, perda da independência e suicídio são muito mais comuns na velhice, corroborando para uma maior prevalência de depressão nesta população<sup>29</sup>.

Em idosos, a depressão tende a ser descoberta tardiamente, pois estes indivíduos usualmente sofrem de outras afecções que podem dificultar seu diagnóstico<sup>30</sup>. Doenças degenerativas como câncer, Doença de Parkinson, além de doenças do coração, Doença de Alzheimer e demência são algumas das patologias que podem cursar juntamente com a depressão<sup>26</sup>.

Além disto, o subdiagnóstico e o conseqüente não tratamento da depressão em idosos pode trazer conseqüências desastrosas à saúde destes pacientes como um todo, com maior sofrimento e aumento nos gastos familiares e dos sistemas de saúde.

Depressão é fator de risco para mortalidade após Infarto Agudo do Miocárdio e prediz pouca melhora e empobrecimento da qualidade de vida em pessoas acima de 60 anos que já tiveram algum evento cardiovascular<sup>31</sup>. Tiemeier et al. (2004) afirmam que a depressão pode ser uma grande contribuinte no desenvolvimento de aterosclerose em idosos. Neste estudo, foi encontrada uma grande relação entre calcificações aórticas e coronárias com desordens

depressivas<sup>32</sup>. Com muita frequência quadros depressivos são acompanhados de alterações cognitivas em pacientes idosos<sup>33</sup>. Alguns trabalhos científicos sugerem que deficiências cognitivas em um idoso deprimido podem corroborar até mesmo para a evolução de um quadro de demência<sup>34,35</sup>.

Estudos demonstram uma relação importante entre a incapacidade funcional e sintomas depressivos em pacientes idosos<sup>36-41</sup>.

Num estudo de Blazer et al. (1991), doença crônica, distúrbios cognitivos, limitações funcionais, baixa renda e pouco suporte social foram relacionados como fatores associados diretamente a sintomas depressivos<sup>39</sup>.

Prince et al. (1997) apontaram a incapacidade como estando associada a uma taxa de prevalência de depressão seis vezes maior neste grupo etário<sup>37</sup>.

Ávila-Funes et al. (2007) demonstraram que a sintomatologia depressiva representa um fator de risco significativo para o desenvolvimento de dependência funcional em idosos<sup>41</sup>.

De uma maneira mais abrangente, a depressão, quando não tratada adequadamente, pode dificultar o processo de recuperação da enfermidade física, prolongar o período de hospitalização e provocar o aumento do índice de mortalidade em pacientes idosos<sup>42</sup>.

Snowdon (2002) afirma que intervenções clínicas para depressão na velhice valem à pena, e recomenda a alocação de recursos adequados para treinar profissionais na avaliação e no manejo desses pacientes e o desenvolvimento de iniciativas ambientais dirigidas aos sentimentos de desalento e baixa auto-estima dessa população, além de promover a pesquisa<sup>43</sup>.

Assim sendo, esforços são justificados na tentativa de se identificar casos suspeitos de depressão bem como fatores relacionados a estes em pessoas com 60 anos ou mais.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG), de Yesavage et al. (1983), é um instrumento validado composto de 30 questões, tendo se mostrado confiável para o rastreamento de depressão em populações idosas<sup>44</sup>. Mais tarde, Sheik & Yesavage (1986) desenvolveram e validaram uma versão mais curta da EDG, com 15 questões, ficando conhecida como EDG-15<sup>45</sup>.

A EDG-15 é recomendada na Inglaterra para a triagem de depressão de idosos na comunidade<sup>46</sup>.

Esta escala teve versão traduzida para o português e validada em ambulatório psiquiátrico por Almeida & Almeida (1999)<sup>47,48</sup>.

Em 2002, a escala foi traduzida para o Espanhol e validada em pacientes de um centro de saúde de Atenção Primária<sup>49</sup>.



Em 2004, foi apresentado o primeiro estudo brasileiro acerca da validade da EDG-15 na Atenção Primária, sendo aplicado em unidades primárias de saúde em Fortaleza-CE<sup>50</sup>. Foi posteriormente também validada em ambiente de um ambulatório geral, em 2005<sup>51</sup>, e em um Hospital Geral, em 2007<sup>52</sup>. Este último estudo, ao contrário de seus precedentes, classificou a EDG-15 como não-fidedigna, porém ponderou que a população de idosos internados em enfermarias de clínica médica é distinta da de idosos avaliados em seus domicílios e em serviços de atenção primária<sup>52</sup>.

Para a avaliação da capacidade funcional de pacientes idosos, tanto do ponto de vista da prática clínica como da literatura científica duas escalas têm se mostrado de grande utilidade: a escala de Katz e a escala de Pfeffer<sup>19</sup>.

A capacidade funcional de um indivíduo idoso é avaliada através da perspectiva do grau de independência que este tem para realizar atividades consideradas fundamentais para seu cotidiano.

A escala de Katz<sup>19,53,54</sup> avalia a capacidade do indivíduo em realizar as chamadas atividades básicas de vida diária (ABVD), relacionadas ao autocuidado do paciente. São elas: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, ir adequadamente ao banheiro, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações (continências fecal e urinária)<sup>53</sup>.

A escala de Pfeffer<sup>55</sup>, por sua vez, avalia as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Estas demonstram o quanto o sujeito estudado é independente dentro da comunidade onde vive. Englobam: estar a par dos acontecimentos, capacidade de sair de casa e de ficar em casa sozinho, de fazer compras, o planejamento e realização de refeições completas, a realização de afazeres domésticos, o uso correto de medicações, capacidade de lidar com dinheiro<sup>55</sup>.

Dominar o uso de tais técnicas e aplicá-las pode ter importante impacto na saúde da população idosa. Estimar a prevalência de transtornos depressivos e sua relação com a capacidade funcional em idosos na comunidade pode influenciar o campo do Cuidado Primário como um todo a voltar sua atenção para questões relevantes da Saúde Pública brasileira.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos Gerais**

O presente trabalho objetiva avaliar a prevalência de sintomas depressivos e a capacidade funcional da população idosa residente na área de abrangência de uma unidade de ESF na cidade de Montes Claros - MG.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar a população em questão quanto aos aspectos biopsicossociais;

Verificar a associação entre sintomas depressivos e os aspectos biopsicossociais analisados, bem como a associação destes sintomas com os diferentes níveis de capacidade funcional na população deste estudo.

### 3 PRODUTOS

**3.1 Artigo Científico:** *Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no Norte de Minas Gerais, Brasil*, formatado segundo as normas para publicação do periódico Revista Brasileira de Epidemiologia.

### 3.1 Artigo Científico

Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no

Norte de Minas Gerais, Brasil

*Depressive symptoms and associated factors among elders dwelling in a community in the*

*North of Minas Gerais state, Brazil*

Ernesto José HOFFMANN

Departamento de Saúde Mental e Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,

Universidade Estadual de Montes Claros

Correspondência: Ernesto José Hoffmann. Rua Doutor Veloso, 996 Apto. 302. Centro,

Montes Claros, MG. CEP 39400-074. E-mail: alemaoernesto@hotmail.com

Não houve fonte de financiamento envolvida nesta pesquisa que não os recursos do próprio autor.

Montes Claros – Minas Gerais

Dezembro / 2009

## **Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no Norte de Minas Gerais, Brasil**

### **Resumo**

#### **Objetivo**

Verificar a prevalência de sintomas depressivos de uma população idosa residente em uma comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, e avaliar sua associação com aspectos biopsicossociais e capacidade funcional.

#### **Métodos**

Estudo transversal, observacional, de base populacional. Foi avaliada a totalidade dos idosos residentes na área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família, sendo estes entrevistados em seus domicílios. Foi utilizado questionário adaptado do Brazil Old Age Schedule (BOAS) para coletar os dados biopsicossociais. Para avaliar sintomas depressivos, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (EDG-15). A Escala de Katz foi utilizada para se avaliar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e a Escala de Pfeffer para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As associações foram verificadas mediante submissão dos dados a análise bivariada e multivariada.

#### **Resultados**

A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 20,9%. Apresentaram associação significativa com sintomas depressivos dificuldade para dormir (RP=2,04;  $p=0,002$ ) e dependência para AIVD (RP=3,22;  $p<0,001$ ).

#### **Conclusão**

Há uma alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos no âmbito comunitário, sendo mais frequentes entre idosos com dificuldade para dormir e com dependência funcional para AIVD.

**Descritores**

Atenção Primária à Saúde; Idoso; Depressão; Atividades Cotidianas.

**Abstract****Objective**

To verify the prevalence of depressive symptoms of an elder population dwelling in a community in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, and evaluate the association of them with biopsychosocial aspects and functional capacity.

**Methods**

Transversal, observational, and population-based study. All of the elders living in the coverage area of a Family Health Team, and the interviews were made in their dwellings. An adaptation of the Brazil Old Age Schedule (BOAS) questionnaire was used to collect the biopsychosocial data. The abbreviated Geriatric Depression Scale (GDS-15) was used to evaluate depressive symptoms. The Katz Index was used to evaluate the Basic Activities of Daily Living (BADL); the Pfeffer Index to evaluate Instrumental Activities of Daily Living (IADL). The associations were verified by submitting data to bivariate and multivariate analysis.

**Results**

The prevalence of depressive symptoms was of 20.9%. Depressive symptoms were significant associated with difficulty to sleep (PR=2.04; p=0.002) and dependence for IADL (PR=3.22; p<0.001).

**Conclusion**

There is a high prevalence of depressive symptoms among elders in the community, being more frequent among elders with difficulty to sleep and functional dependence for IADL.

**Keywords**

Primary Health Care; Aged; Depression; Activities of Daily Living.

## **Introdução**

A população mundial está envelhecendo. O envelhecimento populacional se deve à diminuição das taxas de mortalidade associado ao declínio acelerado das taxas de fecundidade<sup>1</sup>. Melhorias sanitárias, de moradia, nutricionais e avanços médicos, como vacinas, também contribuíram para este cenário<sup>2</sup>. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce mais rapidamente que as demais faixas etárias<sup>3</sup>, com provável crescimento de 75%, contra 50% do restante da população, até 2020<sup>2</sup>.

A maior parte da população idosa mundial (mais de 60%) encontra-se nos países em desenvolvimento<sup>2,4</sup>. A perspectiva para o ano de 2050 é de que a população idosa mundial seja em número de 2 milhões de pessoas, e cerca de 80% destas deverão estar habitando em países em desenvolvimento<sup>3,4</sup>. O Brasil acompanha esta tendência e, até 2025, deverá ser o sexto país do mundo em número de idosos<sup>3</sup>, chegando a uma parcela superior a 15% da população geral do país<sup>4</sup>.

Do ponto de vista da saúde, os idosos são indivíduos que exigem cuidados especiais. São caracteristicamente afetados por doenças de caráter crônico, necessitando de acompanhamento continuado<sup>5</sup> e, por isso mesmo, exigem que o serviço de saúde onde recebem atendimento esteja preparado neste sentido<sup>4</sup>.

Sabendo-se do aumento cada vez mais significativo desta camada da população e da necessidade de um cuidado contínuo, porém com custos limitados, a efetiva organização dos serviços em Atenção Primária à Saúde para o acolhimento destes pacientes passa a ser mandatória<sup>3,4</sup>. Usualmente são o seu local de primeiro acesso à saúde, estando alocados nas comunidades onde residem<sup>4</sup>. No Brasil, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocupam este papel, com o propósito de assegurar atenção contínua a toda uma população definida<sup>6</sup>.

Entre as enfermidades crônicas passíveis de afetarem pacientes idosos, os problemas do campo da Saúde Mental ocupam parcela importante. Sintomas depressivos têm alta prevalência na população idosa<sup>7-13</sup>, porém são pouco investigados<sup>14</sup> e subdiagnosticados<sup>15</sup>.

O não tratamento da depressão no idoso pode piorar o prognóstico de enfermidades físicas bem como causar alterações cognitivas aos mesmos<sup>16,17</sup>, levando a um maior sofrimento por parte do paciente e de sua família e a maiores gastos com cuidados de saúde.

Outro achado comum em pacientes idosos é a incapacidade funcional, ou seja, a dependência deste grupo de pacientes do auxílio de outros para a realização de atividades de vida diária (AVD). Tal incapacidade pode afetar consideravelmente a qualidade de vida dos mesmos e ter influência nos cuidados futuros<sup>18</sup>.

Além disso, muitos estudos têm apontado para uma estreita relação entre a incapacidade funcional e sintomas depressivos em pacientes idosos<sup>13,18-24</sup>.

Por todos estes motivos, é muito importante realizar o diagnóstico de transtornos depressivos na população idosa, bem como realizar uma correta avaliação da capacidade funcional destes indivíduos.

O presente trabalho objetiva identificar a prevalência de sintomas depressivos e avaliar fatores associados em uma população idosa residente na área de abrangência de uma ESF na cidade de Montes Claros - MG.

## **Métodos**

Foi realizado estudo transversal, observacional, de base populacional, na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, uma das regiões mais pobres e com piores índices de desenvolvimento deste estado, de junho a agosto de 2009. Objetivou-se avaliar todos os idosos cadastrados pela ESF Cintra II, deste município, compreendendo um universo de 314 pessoas. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na área de abrangência desta unidade de saúde, que não possuam déficit auditivo ou



cognitivo impedindo a compreensão das perguntas a lhes serem dirigidas, tendo recebido avaliação clínica prévia pelo médico da ESF para este critério. Foram excluídos os indivíduos que se mudaram ou faleceram ao longo do estudo e aqueles não encontrados após três tentativas em dias e horários diferentes. As entrevistas com os idosos foram realizadas em seus respectivos domicílios por 10 alunos de medicina previamente treinados para a aplicação dos instrumentos:

- Questionário para avaliação de aspectos biopsicossociais, adaptado do Brazil Old Age Schedule (BOAS), desenvolvido na Inglaterra e modificado posteriormente por pesquisadores do Rio de Janeiro<sup>25</sup>. O mesmo avaliou: sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, número de pessoas morando com o idoso, forma de sustento de vida, renda, padrão de alimentação, presença de problema de saúde, uso de medicamentos, perda de parente ou companheiro nos últimos meses e dificuldade para dormir.

- Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de 15 questões (EDG-15)<sup>26-29</sup>. Foi utilizada para avaliar sintomas depressivos. Cada pergunta respondida de forma a sugerir tais sintomas somou um ponto. Idosos com escores maiores que 5 foram considerados com sintomatologia depressiva presente.

- Escala de Katz<sup>30-32</sup>. Usada para avaliar Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): banhar-se, vestir-se, vestir-se, realizar sua higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se e controlar esfínteres. Somou-se um ponto para cada atividade que o idoso conseguia realizar satisfatoriamente. Os idosos com pontuação entre 5 e 6 foram considerados independentes para ABVD, entre 3 e 4 com dependência parcial, e entre 0 e 2 com dependência importante.

- Escala de Pfeffer<sup>33</sup>. Foi usada para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): cuidar do próprio dinheiro, fazer compras sozinho, esquentar água e apagar o fogo, preparar comida, manter-se a par dos acontecimentos da vizinhança, prestar atenção, entender e discutir notícias, lembrar de compromissos e acontecimentos familiares, cuidar de seus

medicamentos, andar pela vizinhança e voltar para casa, cumprimentar amigos, ficar sozinho em casa sem problemas. Para cada um dos itens, o idoso não somava pontos se fosse capaz de realizá-los, somava um ponto se tivesse dificuldade para fazê-los, dois pontos se necessitasse de ajuda e três pontos se fosse incapaz de cumpri-los satisfatoriamente. Os indivíduos com escore final de 5 pontos ou menos foram classificados como independentes funcionais; aqueles com 6 ou mais como dependentes.

O treinamento foi realizado em dois momentos, englobando demonstração expositiva dos instrumentos, explicação pergunta a pergunta de cada um dos instrumentos e espaço para elucidação de dúvidas. Foi realizado, em seguida, estudo piloto visando à aplicabilidade e viabilidade dos instrumentos em uso. Os mesmos foram avaliados duas vezes para testar a compreensão das questões pelos idosos. O estudo piloto foi realizado com indivíduos cadastrados em outra ESF presente no mesmo bairro. Para tanto, dez domicílios que possuíam indivíduos com 60 anos ou mais como residentes foram selecionados de forma aleatória. Logo após o estudo piloto foi iniciada a coleta de dados.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, tendo sido avaliado e aprovado através de parecer do processo de número 1186/08, sendo conduzido dentro dos preceitos éticos vigentes.

A análise dos dados foi realizada empregando o software estatístico SPSS<sup>®</sup>, versão 15.0, para Windows<sup>®</sup>. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados. Em seguida, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente presença de sintomas depressivos, e as variáveis independentes, relativas à capacidade funcional e aspectos biopsicossociais. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas (Teste do Qui-quadrado de Pearson) e análises multivariadas através de regressão de Poisson, e estimadas as razões de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de p. As

variáveis que apresentaram níveis descritivos (valores de p) menores que 0,25 na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada seguindo a ordem decrescente do nível descritivo<sup>34</sup>. O modelo final foi composto pelos fatores que permaneceram associados aos sintomas depressivos ao nível de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

## **Resultados**

Foi avaliado um total de 258 idosos cadastrados pela ESF Cintra II. Dos 314 indivíduos inicialmente pertencentes ao universo do estudo, 30 não foram encontrados em seus domicílios após 3 tentativas, 10 mudaram-se, 10 negaram-se a participar e 6 faleceram ao longo do período da pesquisa. As idades variaram entre 60 e 98 anos, com média de 71,1 anos ( $DP = \pm 8,08$ ). Dos idosos avaliados, 168 foram do sexo feminino, representando quase dois terços da população estudada (65,1%). A maior parte dos entrevistados demonstrou o seguinte perfil: idade entre 60 e 80 anos (83,7%); primário completo (45,3%); casados ou com relacionamento estável (49,2%); morando com 2 até 4 pessoas (48,4%); aposentados (65,9%); renda familiar até 1 salário mínimo (35,2%); relatando alimentar-se bem (85,3%); apresentando algum problema de saúde (86,0%) e usando 2 até 3 medicamentos (46,9%). A maioria dos idosos também negou a perda de parente ou companheiro nos últimos meses (69,9%) ou que apresente dificuldade para dormir (64,3%). A distribuição das variáveis relativas aos aspectos biopsicossociais encontra-se na Tabela 1.

Os sintomas depressivos foram observados em 54 idosos (20,9%). Com relação às ABVD, a grande maioria dos idosos (96,9%) se apresentou independente. Já para as AIVD, um número expressivo demonstrou dependência funcional: 34 sujeitos (13,2%) (Tabela 2).

Na análise bivariada, os sintomas depressivos foram significativamente associados com não estar se alimentando bem ( $p = 0,001$ ), fazer uso de mais de 3 medicamentos ( $p = 0,004$ ), ter perdido parente ou companheiro nos últimos meses ( $p = 0,017$ ), apresentar

dificuldade para dormir ( $p=0,002$ ), dependência parcial para ABVD ( $p<0,001$ ) e dependência para AIVD ( $p<0,001$ ) (Tabela 3).

Após a análise multivariada, permaneceram significativamente associadas com sintomas depressivos apresentar dificuldade para dormir ( $RP=2,04$ ) e dependência para AIVD ( $RP=3,22$ ) (Tabela 4).

### **Discussão**

O presente estudo permitiu avaliar, dentro dos aspectos estudados, as condições de saúde atuais dos idosos residentes na área de abrangência da ESF Cintra II. O tipo do estudo, de caráter transversal, permite tal possibilidade com bastante clareza. No entanto, o mesmo torna-se limitado com relação às associações verificadas, uma vez que não podem ser estabelecidas relações de causa e efeito entre as condições de saúde encontradas e possíveis exposições. Desta feita, não se pretende no trabalho em questão definir a sintomatologia depressiva como fator causal de quaisquer que sejam as variáveis associadas.

Com relação à validade externa, não é pretensão do trabalho que os resultados aqui encontrados possam ser considerados como generalizáveis às populações de idosos vivendo em diferentes comunidades brasileiras. O estudo dá sua contribuição uma vez que no Brasil, poucos estudos têm tratado dos temas sintomatologia depressiva e AVD em idosos em suas comunidades, seja de forma isolada ou verificando suas possíveis associações. Da mesma forma que a pesquisa atual, os demais estudos também tem seus resultados com capacidade de generalização limitada, uma vez que também são realizadas em áreas geográficas bastante específicas<sup>11, 22, 35-37</sup>. A contribuição deste trabalho é criar ambiente de reflexão sobre a importância da avaliação dos sintomas depressivos em idosos na atenção primária, bem como de fatores presentes concomitantemente a estes sintomas e que possam chamar a atenção para a presença dos mesmos, bem como demonstrar a plausibilidade de sua realização no dia-a-dia das ESF no Brasil.

Com relação à população estudada, a maior prevalência de indivíduos do sexo feminino foi condizente com a tendência nacional, que demonstra uma feminização da população idosa<sup>38</sup>. Também se pode perceber se tratar de uma população com baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar, resultados esperados face à realidade sócio-econômica local e mais uma vez congruentes com a realidade brasileira<sup>38</sup>.

A prevalência de sintomas depressivos na população estudada foi de 20,9%. Trabalhos recentes não são muito conclusivos com relação à prevalência destes sintomas em idosos em âmbito comunitário. Há grande variabilidade nos achados entre países<sup>7-13</sup>, e mesmo em diferentes comunidades no Brasil. Estudo avaliando 1563 idosos comunitários em São Paulo demonstrou uma prevalência de sintomas depressivos de 13%<sup>11</sup>. Já em estudo realizado em idosos em uma comunidade no Nordeste do Brasil encontrou 25,5%<sup>39</sup>. As diferentes prevalências entre estudos talvez possam ser explicadas pelos métodos empregados, variabilidade no número de indivíduos estudados e diferentes pontos de corte relativos à idade como critério de inclusão, bem como a características peculiares de cada população. Apesar da grande diferença nos resultados, a maioria dos estudos apresenta prevalência de sintomas depressivos superior a 10% entre idosos<sup>40</sup>, representando um importante problema de saúde pública. Assim sendo, os achados deste estudo se encontram em consonância com os de trabalhos recentes, confirmando a alta prevalência de sintomas depressivos na população idosa.

A depressão em idosos tende a não ser facilmente identificada, pois estes indivíduos tendem, entre outros fatores, a mascarar ou somatizar estes sintomas, dificultando seu diagnóstico<sup>15</sup>. Além disto, estudo realizado no sul do Brasil evidencia a pouca investigação de sintomas depressivos por parte dos médicos que prestam atendimento a idosos, sugerindo treinamento específico para tanto<sup>14</sup>. Neste sentido, a utilização de uma escala como a EDG-15 para a avaliação de sintomas depressivos em estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde

ser de grande utilidade. Meta-análise recente analisando 17 estudos realizados na Atenção Primária concluiu que a EDG-15 ajudou a identificar 4 casos a mais de depressão e descartar 4 casos de pacientes sem depressão a cada 100 atendimentos comparativamente à habilidade geral diagnóstica de médicos de família em detectar depressão em idosos<sup>41</sup>. A utilização desta escala demanda entre 3 a 4 minutos a mais por consulta para sua aplicação<sup>41</sup>, tempo justificável face à repercussão que tal avaliação pode ter no prognóstico dos pacientes.

Duas das mais importantes referências bibliográficas em saúde mental, o DSM-IV e o CID-10, colocam o sono perturbado como importante aspecto a ser investigado para se chegar ao diagnóstico de depressão<sup>42,43</sup>. Entretanto, é bastante conhecida a presença de sono dificultado entre idosos. Problemas com o sono ocorrem em mais da metade das pessoas com 65 anos ou mais, e estima-se que a insônia afete aproximadamente um terço dos idosos nos EUA<sup>44</sup>. A alta prevalência de dificuldades com o sono entre idosos dificulta a avaliação diagnóstica de possíveis doenças associadas. Porém, não existe justificativa plausível para a não investigação da presença destes distúrbios nestes indivíduos, já que as queixas de insônia aumentam cerca de 5% ao ano na população idosa em geral, porém aumentam apenas em torno de 1% nos indivíduos mais saudáveis com 65 anos ou mais<sup>44</sup>. O presente trabalho apresentou como significativamente associados sintomas depressivos e dificuldade para dormir, com força de associação de cerca de duas vezes, justificando uma investigação mais minuciosa das consequências do sono perturbado no humor de idosos não-institucionalizados.

A associação entre sintomas depressivos e dependência funcional (seja para atividades básicas ou instrumentais) está bem estabelecida na literatura científica<sup>18,20-21</sup>, e há estudos apontando para relação de causa e efeito entre sintomas depressivos e declínio funcional<sup>13,23,45</sup>. No presente estudo, foi verificada a associação entre sintomas depressivos e dependência para as AIVD, porém o mesmo não ocorreu para ABVD. O conflito entre os resultados deste estudo com os achados da literatura pode ter origem, em especial, no número

de pessoas entrevistadas. Enquanto no trabalho em questão foram avaliados 258 idosos, nas pesquisas em que esta associação está bem descrita o número de indivíduos estudados nunca foi inferior a 3 mil. A baixa prevalência de dependência funcional para ABVD (3,1%) no presente estudo, dentro de um universo restrito, teria prejudicado tal avaliação. No entanto, a associação entre sintomas depressivos e dependência para AIVD, porém sem associação com dependência para ABVD também é descrita em trabalho realizado com número de idosos semelhante moradores de uma comunidade no nordeste do Brasil<sup>39</sup>.

Uma vez identificados os pacientes com sintomatologia depressiva, a indicação de tratamento tende a influenciar significativamente o prognóstico dos mesmos. Além de aumentar o risco para dependência funcional, a depressão, quando não tratada adequadamente, pode dificultar o processo de recuperação da enfermidade física, prolongar o período de hospitalização e provocar o aumento do índice de mortalidade em pacientes idosos<sup>16</sup>. Estudo de caráter transversal recente em pacientes acompanhados na Atenção Primária demonstrou que idosos em tratamento para depressão não apresentavam escores aumentados para sintomas depressivos à aplicação de uma escala validada, indicando bom prognóstico para depressão adequadamente tratada em idosos<sup>9</sup>. Em estudo longitudinal realizado em idosos residindo na comunidade, foram avaliados os fatores associados a uma melhora da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde daqueles com depressão. Após 12 meses da avaliação inicial, os fatores que tiveram impacto significativo nesta percepção foram o tratamento para a depressão, o manejo das doenças físicas e a melhora das AIVD<sup>46</sup>.

Com número cada vez mais significativo de idosos, é essencial que os serviços de saúde do Brasil, em especial os de Atenção Primária, estejam preparados para acolher, avaliar e tomar as medidas preventivas e curativas pertinentes a esta faixa etária. Investigar sintomas depressivos, avaliar a capacidade funcional e outros fatores associados, como o sono, descrito

aqui neste trabalho, são de suma importância para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida de pacientes idosos em suas comunidades.

A divulgação de tais informações deve ser ampla, pois muitas investigações provavelmente não são realizadas até hoje devido à crença comum, mesmo entre a comunidade médica, de que sintomas depressivos e a dificuldade para dormir são constitucionais do idoso.

Tão importante quanto esta primeira conclusão é compreender que tal investigação pode ser feita sem a necessidade de grandes recursos, requerendo apenas o treinamento para a aplicação das escalas a serem utilizadas. O tempo gasto, inicialmente com o treinamento e posteriormente na aplicação destes instrumentos justifica-se uma vez que os benefícios são evidentes. Desta forma, qualquer equipe de ESF no Brasil pode, com um pouco de organização, fazer trabalho de rastreamento semelhante em suas comunidades de forma sistemática, e, com base nas informações obtidas, realizar ações no sentido de ofertar um melhor cuidado para sua comunidade idosa.

Também cabe salientar que novas investigações sobre o tema devem continuar a ser feitas. Novos estudos, em especial de caráter longitudinal e com um número maior de indivíduos podem elucidar melhor a relação de causalidade dos fatores associados, bem como benefícios de intervenções realizadas em pacientes expostos a estes fatores ao longo do tempo.

## **Referências**

1. Forlenza OV, Almeida AP. Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
2. World Health Organization. Ageing: Exploding the myths. Geneva; 1999.
3. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.



4. World Health Organization. Towards age-friendly primary health care. Geneva; 2004.
5. Garrido R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(Supl I):3-6.
6. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A estratégia saúde da família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 88-100.
7. Lyness JM, King Da, Cox C, Yoediono Z, Caine ED. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(6):647-52.
8. Licht-Strunk E, van der Kooij KG, van Schaik DJF, van Marwijk HWJ, van Hout HPJ, de Haan M et al. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 1013–1019.
9. Magnil M, Gunnarsson R, Björkstедt K, Björkelund C. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in elderly primary care patients: a descriptive study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10(6):462-8.
10. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* 2008;111(2-3):153-63.
11. Barcelos-Ferreira R, Pinto JA Jr, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(7):582-90.
12. Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R et al. The community prevalence of depression in older Australians. *J Affect Disord* 2009;115(1-2):54-61.

13. Carbonare LD, Noale M, Rozzinni R, Crepaldi G. Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: a complex relationship. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17(2): 144–154.
14. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(3):145-9.
15. Ruegg RG, Zisook S, Swerdlow NR. Depression in the aged. An overview. *Psychiatr Clin North Am.* 1988;11(1):83-99.
16. Katona CLE. Depression and physical illness in old age. In: Katona, CLE. *Depression in old age.* West Sussex: Wiley, 1994. p. 63-78.
17. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1693-1699.
18. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49 (supl 4):S459-S466.
19. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychol Med* 1997;27:311-21.
20. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(1):1–11.
21. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol.* 1991;46(6):210-5.

22. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 178-89
23. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depressivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Publica Mex* 2007; 49:367-375.
24. Lyness JM, King DA, Cox C, Yoediono Z, Caine ED. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(6):647-52.
25. Veras RP, Souza CAM, Cardoso RF, Milioli R, Silva SD. Pesquisando populações idosas — A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Rev Saude Publ* 1988; 22:513-8.
26. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73.
27. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2B):421-6.
28. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.
29. Castelo MS. Validade da escala de depressão geriátrica em unidades primárias de saúde na cidade de Fortaleza, Ceará [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 2004.
30. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SES/MG; 2006.

31. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):317-25.
32. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185(12):914-9.
33. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37(3):323-9.
34. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley; 1989.
35. Costa, EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm* 2006;19(1):43-35.
36. Nardi, EFR, Andrade, OG. Estados depressivos entre idosos na comunidade – Jandaia do Sul, Paraná, Brasil. *Arq Cienc Saude Unipar* 2005; 9(2):109-116.
37. Porcu M, Fritzen CV, Cano MFF, Bemvides MN, Colombari I. Prevalência da sintomatologia depressiva em idosos em uma área de saúde da família no município de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum* 2002; 24(3):703-705.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
39. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1): 26-33.
40. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl I):42-7.

41. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord*. In press 2009.
42. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 4º edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
43. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
44. Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Sleep, health, and aging. *Geriatrics* 2004;59:24-30.
45. Schillerstrom JE, Royall DR, Palmer RF. Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2008;21(3):183-97.
46. Chan SW, Chiu HFK, Chien WT, Goggins W, Thompson D, Hong B. Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study. *Int Psychogeriatr* 2009; 21(6): 1171–1179.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis biopsicossociais. Idosos cadastrados pela Equipe de Saúde de Família Cintra II, Montes Claros – MG, 2009.

*Table 1 – Distribution of biopsychosocial aspects. Elders registered by Cintra II Family Health Team, Montes Claros, Minas Gerais, 2009.*

Variáveis	n	%	
Gênero	Masculino	90	34,9
	Feminino	168	65,1
Idade	De 60 a 80 anos	216	83,7
	Maior de 80 anos	42	16,3
Escolaridade completa	2º. Grau e Superior	32	12,4
	1º. Grau	43	16,7
	Primário	117	45,3
	Nenhuma	66	25,6
Estado conjugal	Casado / Relação estável	127	49,2
	Separado	17	6,6
	Viúvo	94	36,4
	Nunca casou	20	7,8
Pessoas morando com o idoso	Com 5 pessoas ou mais	51	19,8
	Com 2 até 4 pessoas	125	48,4
	Uma pessoa	58	22,5
	Mora só	24	9,3
Sustento de vida	Trabalho	20	7,8
	Aposentadoria	170	65,9
	Pensão / ajuda esposo(a), ajuda de parentes/amigos, aluguéis / investimentos, outros	68	26,4
Renda familiar	> 3 salários mínimos	47	21,5*
	> 2 a 3 salários mínimos	32	14,6*
	> 1 a 2 salários mínimos	63	28,8*
	Até 1 salário mínimo	77	35,2*
Alimenta-se bem	Sim	220	85,3
	Não	38	14,7
Problema de saúde	Não	36	14,0
	Sim	222	86,0
Número de medicamentos em uso	0 a 1	89	34,5
	2 a 3	121	46,9
	> 3	48	18,6
Perda de parente ou companheiro nos últimos meses	Não	179	69,9*
	Sim	77	30,1*
Dificuldade para dormir	Não	166	64,3
	Sim	92	35,7

\* Porcentagens válidas, excluindo-se as perdas

\* *Valid percentage, excluding missings*

Tabela 2 – Distribuição dos sintomas depressivos, ABVD e AIVD. Idosos cadastrados pela Equipe de Saúde de Família Cintra II, Montes Claros – MG, 2009.

*Table 2 – Distribution of depressive symptoms, BADL and IADL. Elders registered by Cintra II Family Health Team, Montes Claros, Minas Gerais, 2009.*

Variáveis		n	%
Sintomas depressivos	Ausentes	204	79,1
	Presentes	54	20,9
Atividades Básicas de Vida Diária	Independência	250	96,9
	Dependência parcial	2	0,8
	Dependência importante	6	2,3
Atividades Instrumentais de Vida Diária	Independência funcional	224	86,8
	Dependência	34	13,2

Tabela 3 – Resultado da análise bivariada (qui-quadrado). Associação entre sintomas depressivos e as variáveis independentes.

Table 3 – Result of the bivariate analysis (chi-square). Association between depressive symptoms and the independent variables.

Variáveis		Sintomas depressivos presentes n (%)	Sintomas depressivos ausentes n (%)	RP (IC 95%)	Valor p
Gênero	Masculino	14 (15,6)	76 (84,4)	1,00	0,131
	Feminino	40 (23,8)	128 (76,2)	1,53 (0,88 – 2,66)	
Idade	De 60 a 80 anos	41 (19,0)	175 (81,0)	1,00	0,070
	Maior de 80 anos	13 (31,0)	29 (69,0)	1,63 (0,96 – 2,77)	
Escolaridade completa	2º. Grau e Superior	6 (18,8)	26 (81,2)	1,00	0,139
	1º. Grau	3 (7,0)	40 (93,0)	0,372 (0,10 – 1,38)	
	Primário	27 (23,1)	90 (76,9)	1,23 (0,56 – 2,72)	
	Nenhuma	18 (27,3)	48 (72,7)	1,46 (0,64 – 3,31)	
Estado conjugal	Casado / Relação estável	24 (18,9)	103 (81,1)	1,00	0,097
	Separado	6 (35,3)	11 (64,7)	1,87 (0,89 – 3,91)	
	Viúvo	21 (22,3)	73 (77,7)	0,79 (0,26 – 2,39)	
	Nunca casou	3 (15,0)	17 (85,0)	1,18 (0,70 – 1,99)	
Pessoas morando com o idoso	Com 5 pessoas ou mais	7 (13,7)	44 (86,3)	1,00	0,339
	Com 2 até 4 pessoas	25 (20,0)	100 (80,0)	1,46 (0,67 – 3,15)	
	Com mais uma pessoa	16 (27,6)	42 (72,4)	2,01 (0,90 – 4,49)	
	Mora só	6 (25,0)	18 (75,0)	1,82 (0,69 – 4,84)	
Sustento de vida	Trabalho	2 (10,0)	18 (90,0)	1,00	0,257
	Aposentadoria	37 (21,8)	133 (78,2)	2,18 (0,57 – 8,36)	
	Pensão / ajuda esposo(a), ajuda de parentes/amigos, aluguéis/investimentos, outros	15 (22,1)	53 (77,9)	2,21 (0,55 – 8,84)	
Renda familiar	> 3 salários mínimos	5 (10,6)*	42 (89,4)*	1,00	0,312
	> 2 até 3 salários mínimos	6 (18,8)*	26 (81,2)*	1,76 (0,59 – 5,29)	
	> 1 até 2 salários mínimos	16 (25,4)*	47 (74,6)*	2,39 (0,94 – 6,05)	
	Até 1 salário mínimo	16 (20,8)*	61 (79,2)*	1,95 (0,77 – 4,98)	
Alimenta-se bem	Sim	39 (17,7)	181 (82,3)	1,00	<b>0,001</b>
	Não	15 (39,5)	23 (60,5)	2,23 (1,37 – 3,62)	
Problema de saúde	Não	3 (8,3)	33 (91,7)	1,00	0,073
	Sim	51 (23,0)	171 (77,0)	2,76 (0,91 – 8,36)	
Número de medicamentos em uso	0 a 1	11 (12,4)	78 (87,6)	1,00	0,073
	2 a 3	27 (22,3)	94 (77,7)	1,81 (0,95 – 3,44)	
	> 3	16 (33,3)	32 (66,7)	2,70 (1,36 – 5,34)	
Perda de parente ou companheiro nos últimos meses	Não	30 (16,8)*	149 (83,2)*	1,00	<b>0,017</b>
	Sim	23 (29,9)*	54 (70,1)*	1,78 (1,11 – 2,86)	
Dificuldade para dormir	Não	25 (15,1)	141 (84,9)	1,00	<b>0,002</b>
	Sim	29 (31,5)	63 (68,5)	2,09 (1,31 – 3,35)	
Atividades Básicas de Vida Diária	Independência	49 (19,6)	201 (80,4)	1,00	<b>&lt;0,001</b>
	Dependência parcial	1 (50,0)	1 (50,0)	2,56 (0,62 – 10,43)	
	Dependência importante	4 (66,7)	2 (33,3)	3,40 (1,83 – 6,32)	
Atividades Instrumentais de Vida Diária	Independência funcional	36 (16,1)	188 (83,9)	1,00	<b>&lt;0,001</b>
	Dependência	18 (52,9)	16 (47,1)	3,29 (2,13 – 5,09)	

\* Porcentagens válidas, excluindo-se as perdas

\* Valid percentage, excluding missings



Tabela 4 – Resultado da análise multivariada através da regressão de Poisson. Modelo final para sintomas depressivos.

*Table 4 – Result of the Poisson regression multivariate analysis. Final model for depressive symptoms.*

Variáveis	RP (IC 95%)	Valor p
Atividades Instrumentais de Vida Diária		
Independência funcional	1,00	
Dependência	3,22 (2,08 – 5,00)	<0,001
Apresenta dificuldade para dormir		
Não	1,00	
Sim	2,04 (1,30 – 3,21)	0,002

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização dos objetivos propostos no presente estudo, pode-se avaliar as condições de saúde atuais da população idosa estudada. Os sintomas depressivos foram bastante prevalentes nesta população, e encontraram-se associados a dificuldades no sono e incapacidade para realizar AIVD.

O estudo, de caráter transversal, permite analisar satisfatoriamente tais associações, porém impede o estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os fatores associados.

Uma vez que o estudo foi realizado em uma comunidade com características bastante específicas, tornam-se limitadas generalizações para a população em geral acerca dos achados encontrados. No entanto, tais achados devem servir de subsídio para novas discussões acerca do tema, e para o desenvolvimento de novos trabalhos, com diferentes desenhos metodológicos, podendo assim superar as limitações do presente estudo.

Mais importante que a generalização dos resultados, deve ser a reflexão acerca dos métodos aqui empregados e a possibilidade de sua reprodução nas ESF em todo o Brasil.

Os profissionais que atuam nas ESF podem se utilizar dos instrumentos aqui empregados para avaliar sintomas depressivos e capacidade funcional para ABVD e AIVD em suas comunidades, bastando para isso que se familiarizem com os mesmos, realizando treinamentos com os mesmos. Tais medidas são de baixo custo, e o tempo gasto a mais por consulta para cada idoso avaliado é justificado pelo ganho dos pacientes em qualidade de vida e com a provável diminuição de gastos pelo sistema de saúde face ao melhor prognóstico do paciente diagnosticado e adequadamente tratado.

Assim sendo, um melhor cuidado pode ser ofertado para as comunidades idosas brasileiras que dependem das ESF para seus atendimentos de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Information Needs for Research, Policy and Action on Ageing and Older Adults in Africa. Harare, Zimbabwe, 20-22 [Internet]. January 2000. [citado 2007 Out 05]. Disponível em: [http://www.who.int/a\\_geing/en/](http://www.who.int/a_geing/en/)
- 2 World Health Organization. Men Ageing And Health: Achieving health across the life span. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1999. [citado 2007 Out 05]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf)
- 3 World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- 4 World Health Organization. Ageing: Exploding the myths. Geneva; 1999.
- 5 World Health Organization. Towards age-friendly primary health care. Geneva; 2004.
- 6 World Health Organization. Definition of an older or elderly person. [Internet]. [citado 2007 Out 05]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html>
- 7 United Nations. World Population Prospects: The 2000 Revision. Highlights. [Internet]. New York: United Nations; 2001. [citado 2007 Out 05]. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/esa/population/wpp2000h.pdf>
- 8 United Nations. World Population Prospects: The 2004 Revision, Volume III: Analytical Report. [Internet]. New York: United Nations; 2005. [citado 2007 Out 05]. Disponível em [http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/WPP2004\\_Vol3\\_Final/Chapter2.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/WPP2004_Vol3_Final/Chapter2.pdf)
- 9 República Federativa do Brasil. Lei Nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. [Internet]. [citado 2007 Out 05]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>
- 10 República Federativa do Brasil. Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. [Internet]. [citado 2007 Out 05]. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/estatuto1.htm>
- 11 República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. [Internet]. [citado 2007 Out 05]. Disponível em <http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/img/2528.pdf>
- 12 Forlenza OV, Almeida AP. Depressão e Demência no Idoso: Tratamento psicológico e farmacológico. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

- 13 Garrido R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(Supl I):3-6.
- 14 Lima-Costa MFF et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n.1, p. 23-41; 2000.
- 15 República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 16.ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
- 16 República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 17 Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A estratégia saúde da família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 88-100.
- 18 Fundação Oswaldo Cruz. Radis Comunicação em Saúde. Principais Momentos do Programa Saúde da Família no Brasil. Somente para Web. [Internet]. [citado 2005 Fev 19]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/23-web-01.html>
- 19 Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde do Idoso. Belo Horizonte: SES/MG; 2006.
- 20 Vargas HS. A depressão no idoso. São Paulo: BYK; 1992.
- 21 Corrêa ACO. As depressões. *Arq Bras Medicina*, v.70, n.3, p.145-158; 1996.
- 22 Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(3):145-9.
- 23 Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 24 Fleck MPA. Problemas de Saúde Mental: Depressão. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- 25 Kaplan IH, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 493-528

- 26 American Association of Family Physicians. Depression and Older Adults: What it is and how to get help. [Internet]. [citado 2007 Out 06]. Disponível em: <http://www.familydoctor.org>
- 27 Robert E et al. Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*. 154:1384-1390; 1997.
- 28 National Institute of Mental Health. Depression in late life: not a natural part of aging. [Internet]. [citado 2007 Out 06]. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov>
- 29 Snowdon J. The prevalence of depression in old age. *Internal Journ Ger Psychiatry*. 5:141-144;1990.
- 30 National Institute of Mental Health. Facts about depression. [Internet]. [citado 2007 Out 06]. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov>
- 31 Robert M, Allan S. Treatment of depression following acute myocardial infarction. *JAMA*. 288:750-751; 2002.
- 32 Tiemeier H et al. Relationship between atherosclerosis and late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 61:369-376; 2004.
- 33 Caine ED et al. Clinical and etiological heterogeneity of mood disorders in elderly patients. In: Schneider, LS et al. *Diagnosis and treatment of depression in late life: results of NIH Consensus Development Conference*. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
- 34 Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1693-1699.
- 35 Oliveira e Souza R, Cid CG, Morillo LS, et al. Impacto do diagnóstico de demência na evolução de um caso de depressão geriátrica. *Rev Psiq Clin* 26 (4); 1999.
- 36 Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49 (supl 4):S459-S466.
- 37 Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project V. Psychol Med* 1997;27:311-21.
- 38 Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario

- del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):1-11.
- 39 Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*. 1991;46(6):210-5.
- 40 Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 178-89.
- 41 Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Publica Mex* 2007; 49:367-375.
- 42 Katona CLE. Depression and physical illness in old age. In: Katona, CLE. *Depression in old age*. West Sussex: Wiley, 1994. p. 63-78.
- 43 Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl I):42-7.
- 44 Yesavage JA et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1982-1983;17(1):37-49.
- 45 Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73.
- 46 Osborn DP et al. Geriatric depression scale in a representative sample of 14,545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *Int J Geriatr Psychiatry* 17(4):375-82; 2002.
- 47 Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2B):421-6.
- 48 Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.
- 49 Iglesia JM et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM* 2002; 12: 620-630.
- 50 Castelo MS. Validade da escala de depressão geriátrica em unidades primárias de saúde na cidade de Fortaleza, Ceará [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 2004.

- 51 Paradela EMP et al. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Pública* 2005; 39(6): 918-23.
- 52 Sousa RL et al. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*, 56(2): 102-107; 2007.
- 53 Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):317-25.
- 54 Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185(12):914-9.
- 55 Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37(3):323-9.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa



## APÊNDICE A

# CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** A prevalência de sintomas depressivos e a avaliação da capacidade funcional de idosos na área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família em Montes Claros – MG.

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

**Pesquisadores:** Ernesto José Hoffmann (Mestrando), Prof. Dr. Fabio Ribeiro (Orientador)

**Coordenador:** Ernesto José Hoffmann

**Atenção:** Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo:** O objetivo desta pesquisa consiste em rastrear e diagnosticar a depressão nos idosos e verificar alguma associação com a incapacidade de realizar algumas atividades do dia-a-dia.

**2 Metodologia/procedimentos:** A coleta de dados será feita com o uso de três questionários: a Escala de Depressão Geriátrica de Yasavage (EDG-15), a escala de Katz e a escala de Pfeffer.

**3 Justificativa:** A depressão é uma doença que acomete um grande número de idosos. Vários estudos vêm demonstrando que pessoas depressivas apresentam também incapacidade de realizar algumas atividades normais do dia-a-dia. No entanto, poucos estudos neste sentido têm sido feitos no Brasil nas comunidades onde as pessoas vivem. Todo o material resultante será utilizado exclusivamente para fins científicos.

**4 Benefícios:** Rastreamento e diagnóstico precoce da depressão em idosos, avaliação de algum grau de incapacidade física e tratamento no próprio território de PSF e em centros especializadas específicos.

**5 Desconfortos e riscos:** Não há possibilidade de ocorrer qualquer prejuízo, desconforto ou mesmo risco negativo ao idoso.

**6 Confidencialidade das informações:** As informações coletadas serão usadas no nosso trabalho apenas para fins de pesquisa. A identidade do entrevistado será preservada e garantida sua total privacidade.

**7 Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

**8 Compensação/indenização:** O(a) entrevistador(a) e o entrevistado(a) não receberão nenhum benefício financeiro.

**9 Outras informações pertinentes:** Não se aplicam

**Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para contribuir nesta pesquisa. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____ Nome do participante	_____ Assinatura do participante	____/____/____ Data
_____ Nome da testemunha	_____ Assinatura da testemunha	____/____/____ Data
<u>Ernesto José Hoffmann</u> Nome do Coordenador da Pesquisa	_____ Assinatura do Coordenador da Pesquisa	____/____/____ Data

## ANEXOS

ANEXO A – Questionário para avaliação biopsicossocial

ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

ANEXO C – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)

ANEXO D – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Pfeffer)

ANEXO E – Revista Brasileira de Epidemiologia: instruções aos autores

## ANEXO A

## QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL

ADAPTADO DO BRAZIL OLD AGE SCHEDULE (BOAS) –  
QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL PARA ESTUDOS COMUNITÁRIOS NA POPULAÇÃO IDOSA

Número do Questionário:

Agente Comunitário:

Endereço:

Telefone:

Nome do entrevistador:

Data da Entrevista:

**1. Sexo do Entrevistado:**

Entrevistador: Indique o sexo da pessoa entrevistada

1. Masculino                      2. Feminino

**2. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem? \_\_\_\_\_ anos**

99. NS/NR

**3. Qual é sua escolaridade máxima completa?**

1. Nenhuma
- 
2. Primário
- 
3. Ginásio ou 1º. Grau
- 
4. 2º. Grau completo (científico, técnico ou equivalente)
- 
5. Curso Superior
- 
6. NA
- 
99. NS/NR

**4. Atualmente qual é o seu estado conjugal?**

1. Casado/Morando junto
- 
2. Divorciado(a) / separado (a)
- 
3. Nunca casou
- 
4. Viúvo
- 
99. NS/NR

**5. Por favor, informe se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:**

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas: Ex: SIM:1, NÃO:2, NS/NR:99

- a. Água encanada                      b. Eletricidade
- 
- c. Ligação rede de esgoto          d. Geladeira/Congelador
- 
- e. Rádio                                  f. Televisão
- 
- g. Vídeo-cassete                      h. DVD
- 
- i. Computador                          j. Telefone
- 
- k. Automóvel

**6. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa?**

\_\_\_\_\_ pessoas

00. Entrevistado mora só                      99. NS/NR

**7. De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?**

- a. do seu trabalho
- 
- b. da sua aposentadoria
- 
- c. da pensão / ajuda do(a) seu(sua) esposo(a)
- 
- d. da ajuda de parentes ou amigos
- 
- e. de aluguéis, investimentos
- 
- f. de outras fontes \_\_\_\_\_

**8. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer-me o valor aproximado.**

Rendimento mensal R\$ \_\_\_\_\_

98. NA                      99. NS/NR

**9. O Sr.(a) tem se alimentado bem no último mês?**

1. Sim                      2. Não                      99. NS/NR

**9a. Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem? Registre:**

1. Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a)/preocupado(a)/nervoso(a).
- 
2. Outras razões.                      98. NA                      99. NS/NR

**10. Atualmente o Sr.(a) tem algum problema de saúde?** 1.Sim                      2.Não                      99.NS/NR**10a. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?**

Entrevistador: Especifique os problemas:

- |          |    |       |
|----------|----|-------|
|          | NA | NS/NR |
| 1) _____ | 98 | 99    |
| 2) _____ | 98 | 99    |
| 3) _____ | 98 | 99    |

**11. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?**

- |          |    |       |
|----------|----|-------|
|          | NA | NS/NR |
| 1) _____ | 98 | 99    |
| 2) _____ | 98 | 99    |
| 3) _____ | 98 | 99    |

**12. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:**

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.

Ex.: SIM:1, NÃO:2, NS/NR: 99

- a. Ouve rádio                      b. Assiste televisão
- 
- c. Lê jornal                      d. Lê revistas e livros
- 
- e. Recebe visitas                      f. Vai ao cinema, teatro, etc.
- 
- g. Anda pelo seu bairro
- 
- h. Vai à igreja (serviço religioso)
- 
- i. Vai a jogos (esportes)
- 
- j. Pratica algum esporte
- 
- k. Faz compras                      l. Sai para visitar amigos
- 
- m. Sai para visitar parentes
- 
- n. Sai para passeios longos (excursão)
- 
- o. Sai para encontro social ou comunitário
- 
- p. Costura, borda, tricota
- 
- q. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)
- 
- r. Outros (especifique): \_\_\_\_\_

**13. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral? Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção.**

1. Satisfeito(a)                      2. Insatisfeito(a)                      99. NS/NR

**13a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida? Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas**

Ex.: SIM:1, NÃO:2, NA: 98, NS/NR: 99

1. Problema econômico                      2. Problema de saúde
- 
3. Problema de moradia                      4. Problema de transporte
- 
5. Conflito nos relacionamentos pessoais
- 
6. Falta de atividades
- 
7. Outro problema (especifique): \_\_\_\_\_

**14. O Sr.(a) perdeu algum parente ou companheiro(a) nos últimos meses?**

1. Sim                      2. Não                      99. NS/NR

**15. O Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir?**

1. Sim                      2. Não                      99. NS/NR

**16. O Sr.(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?**

1. Sim                      2. Não                      99. NS/NR

## Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

---

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (Abreviada de Yesavage)

---

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

---

0 = quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses;

1 = quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses;

Total > 5 = suspeita de depressão.

Adaptado de: Yesavage JA et al. J. Psychiat. Res. 1983; 17 (1):37-49.

## ANEXO C

### Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)

- Perguntas:**
1. Banho: não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.
  2. Vestir-se: pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar sapatos.
  3. Higiene pessoal: vai ao banheiro; usa o banheiro; veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).
  4. Transferência: consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).
  5. Alimentação: come sem ajuda (exceto ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão).
  6. Continência: controla completamente urina ou fezes.
- Avaliação:** Somar o número de respostas "sim" às perguntas acima.
- 5 a 6 pontos: INDEPENDÊNCIA  
3 a 4 pontos: DEPENDÊNCIA PARCIAL  
0 a 2 pontos: DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

PONTOS:

- 1- Banho
- 2- Vestuário
- 3- Higiene Pessoal
- 4- Transferência
- 5- Continência
- 6- Alimentação

TOTAL:

## ANEXO D

### Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Pfeffer)

MOSTRE AO INFORMANTE A SEGUINTE CARTELA COM AS OPÇÕES E LEIA AS PERGUNTAS. ANOTE A PONTUAÇÃO COMO SEGUE:	
SIM É CAPAZ .....	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA .....	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ .....	1
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA .....	1
NECESSITA DE AJUDA .....	2
NÃO É CAPAZ .....	3

- 1- (NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
- 2 - (NOME) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
- 3 - (NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
- 4 - (NOME) é capaz de preparar comida?
- 5 - (NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
- 6 - (NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?
- 7 - (NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
- 8 - (NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
- 9 - (NOME) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
- 10 - (NOME) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?
- 11- (NOME) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?

**A soma é 5 ou menos: Independência funcional;**

**A soma é 6 ou mais: Dependência.**

## REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### Escopo e política

A **Revista Brasileira de Epidemiologia** tem por finalidade publicar Artigos Originais e inéditos, inclusive de revisão crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins (máximo de 25 p., incluindo tabelas e gráficos). Publica também artigos para as seções: Debate - destinada a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas assemelhadas; Notas e Informações - notas prévias de trabalhos de investigação, bem como relatos breves de aspectos novos da epidemiologia além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 5 p.); Cartas ao Editor - comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (máximo de 3 p.).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à **Revista Brasileira de Epidemiologia**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Para tanto, o(s) autor(es) deverá(ão) assinar declaração de acordo com modelo fornecido pela Revista. Os conceitos emitidos, em qualquer das seções da Revista, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Os manuscritos não aceitos ficam à disposição do(s) autor(es) por um ano.

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedadas tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando submetidos a publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, contendo assinatura do(s) autor(es), conforme modelo fornecido pela Revista.

#### Apresentação do manuscrito

Os artigos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol podem ser acompanhados, além dos resumos (no idioma original do artigo e em inglês), de um sumário mais extenso (uma lauda), em inglês, com maior número de informações (podendo conter, inclusive, citação de tabelas e figuras). Os títulos e notas de rodapé das figuras e tabelas deverão ser bilingües (português/inglês ou espanhol/inglês). Os resumos deverão ter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. Os originais devem ser apresentados em espaço duplo e submetidos em três vias. O manuscrito deverá ser apresentado com uma página de rosto, onde constará título (quando apresentado em português ou espanhol, trazer também o título em inglês), nome(s) do(s) autor(es) (último sobrenome deve ser indicado em letras maiúsculas) e respectiva(s) instituição(ões) a que pertence(m), por extenso, endereço para correspondência e fontes de financiamento da pesquisa e respectivo número do processo.

Todos os artigos deverão ser encaminhados juntamente com o disquete e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (linguagem compatível com o ambiente Windows). Quando datilografados, devem obedecer o mesmo formato.

### **Ilustrações**

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser enviadas em páginas separadas; devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário.

### **Palavras-chave**

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 10 palavras-chave que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês para os artigos submetidos em português e espanhol, estando os mesmos sujeitos a alterações de acordo com o “Medical Subject Headings” da NML.

### **Abreviaturas**

Deve ser utilizada a forma padronizada; quando citadas pela primeira vez, devem ser por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

### **Referências**

Numeração consecutiva de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos em sobrescrito. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores; quando ultrapassar este número utilize a expressão et al. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, somente citadas no texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em via de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que o(s) autor(es) do manuscrito indique(m) ao leitor onde localizá-las.

A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

### **Exemplos de Referências**

#### **Artigo de periódico**

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

#### **Livros e outras monografias**

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

#### **Capítulo de livro**

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.



## **Tese e Dissertação**

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

## **Trabalho de congresso ou similar (publicado)**

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

## **Relatório da OMS**

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

## **Documentos eletrônicos**

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

## **OBSERVAÇÃO**

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine 1997; 336: 309 e na Revista Panamericana de Salud Publica 1998; 3: 188-96, cuja cópia poderá ser solicitada à Secretaria da Revista.

## **Envio de manuscritos**

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:  
<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submission/11821>

As declarações devem ser endereçadas ao Editor Científico, no seguinte endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 subsolo - sala S28 CEP 01246-904 São Paulo, SP – Brasil fone/fax (011) 3085 5411 E-mail: [revbrepi@edu.usp.br](mailto:revbrepi@edu.usp.br)