

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



DISSERTAÇÃO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM
IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Caroline de Leon Linck

Pelotas, 2009.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CAROLINE DE LEON LINCK

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM
IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Doutora Celmira Lange.

Co-orientador: Prof^a. Doutora Eda Schwartz.

Pelotas, 2009.

Catálogo na fonte:
Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

L736p Linck, Caroline De Leon.
Prevalência e fatores associados à depressão em idosos com
doenças crônicas / Caroline De Leon Linck; Celmira Lange,
orientadora ; Eda Schwartz, co-orientadora. – Pelotas, 2009.
112f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e
Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas.

1. Idosos 2. Depressão 3. Enfermagem geriátrica I. Lange,
Celmira, orient. II. Schwartz, Eda, co-orient. III. Título.

CDD: 610.7367

Folha de Aprovação

Autor: Caroline De Leon Linck

Título: Prevalência e fatores associados á depressão em idosos com doenças crônicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª Drª Celmira Lange UFPEL

Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Profº. Dr. Luiz Augusto Facchini

Profª. Drª Luciane Prado Kantorski

Profª. Drª Silvana Sidney Costa Santos

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Jorge e Clélia, que estiveram sempre ao meu lado, me apoiando, e construindo junto cada sonho. Agradeço a eles por todas as vezes que leram os meus textos, ouviram as minhas histórias, estenderam as mãos para me auxiliar e me abraçaram para me confortar, fazendo parte constante e principal do meu crescimento humano e profissional.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me concedido o dom da vida e que em sua imensa sabedoria me permitiu a possibilidade de desfrutar da companhia de uma família tão especial.

À minha irmã Natália por sempre acreditar na minha capacidade, sendo grande incentivadora de meus projetos, me apoiando constantemente. Por passar horas escutando meus trabalhos e por correr para me ajudar a cumprir os prazos.

Ao meu marido Eduardo por seu apoio e incentivo durante esta trajetória, por compartilhar os momentos felizes com grande alegria e pela compreensão amorosa nos momentos mais difíceis, te amo!

À minha orientadora professora Celmira pelo acolhimento durante esta caminhada, transformando-se em uma grande amiga. Por ter sido fundamental para o desenvolvimento deste trabalho acreditando no meu potencial e estimulando constantemente meu desenvolvimento.

À professora Eda minha co-orientadora que desde o princípio mostrou-se disponível, colaborando na construção desta dissertação e no meu desenvolvimento enquanto pesquisadora.

À amiga Valquiria que faz parte de minha vida desde a graduação e que é uma das grandes responsáveis por esta trajetória, pois foi o seu apoio, incentivo e amizade que inspiraram meus passos em direção a Pós-Graduação.

Aos professores que aceitaram fazer parte de minha banca, Dr^a. Rosalina, Dr. Facchini, Dr^a. Silvana e Dr^a. Luciane por suas contribuições que enriqueceram minha dissertação.

À colega e amiga Alitéia pelo convívio, apoio e incentivo. Pela amizade sincera e sólida que se construiu apesar das divergências teórico-metodológicas. Por todas as discussões que nos fizeram refletir e crescer enquanto pessoas e pesquisadoras. Muito obrigada!

Às minhas colegas e amigas Juliana, Teila, Caroline, Aline e Samanta, pelo apoio, sinceridade e amizade que construímos com o convívio, pelas trocas, discussões e crescimentos vivenciados e principalmente pelos momentos de cumplicidade.

A todas as minhas colegas, pelo aprendizado compartilhado, incentivo, pelas críticas construtivas, risadas e lágrimas, pelas jantãs, encontros, por todas as experiências que compartilhamos. Muito obrigada!

A coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem prof^a. Rita pela exigência e por acreditar que podíamos mais, pois este incentivo nos motivou a fazer o melhor.

A professora Sonia, que esteve sempre presente durante estes dois anos, demonstrando carinho e apoio, lembrando-me sempre que Ele sabe o que faz.

As professoras Marilu, Vanda e Elaine que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa e na construção desta dissertação, me apoiando desde o começo do Mestrado, por mostraram-se sempre amigas e disponíveis.

A todos os meus familiares que compartilharam minhas angústias, incertezas e alegrias e compreenderam minha ausência em alguns momentos, por serem meus incentivadores. Muito obrigada!

À equipe da Unidade Básica de Saúde da Família – Simões Lopes, em especial as Enfermeiras Alexandra e Denise e as Agentes Comunitárias desta instituição, e da Unidade de Quimioterapia do Hospital Escola da UFPel pelo acolhimento e pela disposição em colaborar com a pesquisa. Muito obrigada!

Aos alunos que integram o Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) pela participação nesta pesquisa, pela dedicação, motivação, empenho e pela amizade, vocês foram imprescindíveis para a construção desta dissertação. Muito Obrigada!

A todos os idosos que aceitaram participar desta pesquisa, pois sem eles não seria possível a concretização deste estudo. Muito obrigada!

“Mais importante do que concluir uma trajetória é o conhecimento construído ao longo dela e a vontade crescente de continuar buscando”
(Brüggemann, 2003)

Resumo

LINCK, Caroline de Leon. **Prevalência e fatores associados à depressão em idosos com doenças crônicas**. 2009. 112f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

Orientadora: Celmira Lange

Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde

A partir da década de 80, numa perspectiva mundial, observa-se no Brasil a transição demográfica, tendo como resultado a elevação do grupo etário representado pelos idosos. E, paralelamente a esta mudança, ocorre uma alteração no perfil epidemiológico do país, colocando em evidência as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o câncer e a depressão. O enfoque principal desta pesquisa está na depressão, enfermidade crônica não transmissível em destaque na contemporaneidade, estando cada vez mais presente no cotidiano da população, principalmente no grupo etário mais elevado. Entende-se que o enfermeiro desempenha papel de destaque frente à população idosa com doença crônica, seja na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade de Quimioterapia, pois em geral é ele que articula e favorece a relação entre o usuário, a família e a equipe multiprofissional e instrumentaliza os usuários e familiares para o cuidado. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo transversal e analítica de base de serviços de saúde, com idosos atendidos em uma Unidade de Quimioterapia, e como grupo de comparação, os idosos com doenças crônicas prevalentes (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) usuários de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família. Os instrumentos para a coleta de dados foram um questionário e a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida de 15 itens. A amostra total do estudo foi de 546 idosos (300 na Unidade Básica de Saúde e 246 na Unidade de Quimioterapia), destes 323 mulheres e 223 homens. Entre os principais achados desta pesquisa destaca-se a prevalência de depressão de 24% na Unidade Básica de Saúde e 22,8% na Unidade de Quimioterapia, não havendo diferença estatística entre as populações usuárias dos serviços. Na análise descritiva a amostra apresentou diferença significativa no gênero, sendo que a proporção de mulheres foi maior na Unidade Básica de Saúde (68,7%), quanto a cor da pele, predominou a branca em ambos os serviços e a maioria dos idosos, independente do serviço, tinham companheiros. Ressalta-se que a escolaridade emerge como fator de proteção para a depressão, e que a autopercepção de saúde como regular a ruim está relacionada com a maior prevalência de depressão. Na Unidade Básica de Saúde, a renda mais baixa e a ausência de perspectiva de cuidador em casa se associam à depressão. Na Unidade de Quimioterapia, identificou-se que a depressão está associada ao gênero, sendo maior entre as mulheres, também se observa que viver sem companheiro, não ter religião definida e a perda de familiar ou amigo no último ano associam-se à maior prevalência dessa enfermidade. Com este estudo pretende-se ampliar a literatura acerca desta problemática, reforçar o conhecimento dos profissionais de saúde, de modo que o enfermeiro, junto com a equipe interdisciplinar consiga desenvolver estratégias de ações, visando à manutenção da saúde dos idosos, a otimização do cuidado e a prevenção de novos agravos gerados pela depressão.

Palavras chave: Idoso; Depressão; Enfermagem.

Abstract

LINCK, Caroline de Leon. **Prevalence and factors associated to the depression in the elderly people with chronic diseases**. 2009. 112f. Thesis - Post-Graduate Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2009.

Advisor: Celmira Lange

Research Lines: Practices of Care in Nursing and Health

Starting from the decade of 80, in a world perspective, it is observed in Brazil the demographic transition, having as result the elevation of the age group showed by the elderlies. And, parallel to this change, happens an alteration in the epidemic profile of the country, putting in evidence the chronic diseases no transmissible, as the arterial hypertension, the diabetes mellitus, the cancer and the depression. The main focus of this research is in the depression, chronic illness no transmissible in prominence in the contemporaneity, being more and more present in the daily of the population, mainly in the higher age group. It is understood that the nurse plays part of prominence front to the elderly population with chronic disease, be it in the Basic Unit of Health or in the Chemotherapy Unit, because in general it is him that articulates and favors the relationship among the user, the family and the multiprofessional team and instrumentalizes the users and family for the care. It is a research of quantitative approach of the transversal and base analytical type of services of health, with elderlies assisted in a Chemotherapy Unit, and as comparison group, the elderlies with prevalent chronic diseases (Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus), users of a Basic Unit of Health with Family Health Strategy. The instruments for the collection of data were a questionnaire and the Depression Geriatric Scale, reduced version of 15 items. The total sample of the study was of 546 elderlies (300 in the Basic Unit of Health and 246 in the Chemotherapy Unit), of these 323 women and 223 men. Among the main discoveries of this research it stands out the prevalence of depression of 24% in the Basic Unit of Health and 22,8% in the Chemotherapy Unit, not having statistics difference among the users populations of the services. In the descriptive analysis the sample presented significant difference in the gender, and the women's proportion was larger in the Basic Unit of Health (68,7%), as for the color of the skin, the white prevailed in both services and most of the elderlies, independent of the service, had companions. It is stood out that the education emerges as protection factor for the depression, and that the self-perception of health as regular to bad is related with the largest depression prevalence. In the Basic Unit of Health, the lowest income and the absence of perspective of a home caretaker are associated to the depression. In the Chemotherapy Unit, it was identified that the depression is associated to the gender, being larger among the women; it is also observed that living without companion, not having defined religion and relative's loss or friend in the last year are associated to the largest prevalence of that illness. With this study it intends to enlarge the literature concerning this problem, to reinforce the professionals' health knowledge, so that the nurse, with the interdisciplinary team gets to develop strategies of actions, seeking to the maintenance of the elderlies' health, the care optimization and the prevention of new offences generated by the depression.

Words key: Elderly; Depression; Nursing

Lista de Figuras

Figura 1	World population by age groups, 1950-2050.....	25
Figura 2	Variáveis independentes deste estudo.....	40
Figura 3	Cálculo das mínimas razões de prevalência (RP) detectáveis conforme variáveis de exposição.....	41

Lista de Tabelas

Tabela 1	Descrição da amostra dos idosos com doenças crônicas atendidos na UBS e na Quimioterapia conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.....	69
Tabela 2	Análise bruta e ajustada da prevalência de depressão em idosos com doenças crônicas atendidos na UBS conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.....	70
Tabela 3	Análise bruta e ajustada da prevalência de depressão em idosos com doenças crônicas atendidos na UBS conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.....	72

Sumário

Projeto de Pesquisa.....	14
1 Introdução	15
2 Objetivos.....	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 Hipóteses.....	23
4 Revisão de literatura	24
4.1 Envelhecimento Populacional e as Doenças Crônicas Prevalentes	24
4.2 Idoso Oncológico em Tratamento Quimioterápico.....	28
4.3 Depressão e o Idoso.....	31
4.4 Escala de Depressão Geriátrica	35
5 Material e Método	38
5.1 Caracterização do estudo	38
5.2 Local do estudo	38
5.3 População Alvo	39
5.4 Critérios de Inclusão	39
5.5 Variáveis	39
5.5.1 Variável Dependente.....	39
5.5.2 Variáveis Independentes.....	39
5.6 Tamanho da Amostra	40
5.7 Princípios éticos	42
5.8 Procedimentos para coleta de dados	42
5.8.1 Controle de Qualidade.....	43

5.9 Construção do banco de dados e Análise.....	43
5.10 Divulgação dos Resultados.....	44
6 Recursos Humanos e Materiais	45
7 Cronograma.....	46
Referências.....	47
Relatório do Trabalho de Campo	55
Artigo com os principais resultados da pesquisa	62
Apêndices.....	80
Anexos.....	109

Projeto de Pesquisa

CAROLINE DE LEON LINCK

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM
IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Orientador: Prof^a. Doutora Celmira Lange.

Co-orientador: Prof^a. Doutora Eda Schwartz.

Pelotas, 2009.

1 Introdução

A sociedade vem apresentando modificações significativas em sua estrutura etária, com o aumento da expectativa de vida da população, prevê-se para 2025 que o Brasil ocupará a sexta colocação mundial em população idosa. Esta característica promove também mudanças no perfil de saúde do país, ocorrendo maior ênfase nas chamadas doenças crônicas (MEIRELES, 2008).

O mundo está envelhecendo rapidamente a população idosa duplicará até 2050. O processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma extremamente acelerada, considerando-se que no prazo de cinco décadas pouco mais de 80% dos idosos no mundo estarão vivendo em países em desenvolvimento (PALLONI, PELÁEZ, 2003; OMS, 2005; PARADELA, LOURENÇO, VERAS, 2005). Esta transição demográfica também ocorreu na Europa, no entanto de forma mais lenta, durante um período de mais de cem anos (OMS, 2007; MEIRELES, 2008).

A partir da década de 80, numa perspectiva mundial, observa-se no Brasil a transição demográfica, com significativa queda nas taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida, tendo como resultado a elevação do grupo etário representado pelos idosos. E, paralelamente a esta mudança ocorre uma alteração no perfil epidemiológico do país (OMS, 2005).

As mudanças ocorridas no cenário social e econômico do país no século XX provocaram modificações significativas no perfil das enfermidades que atingem a população. Até meados da década de 50 as principais afecções responsáveis por morbimortalidade eram as infecto-contagiosas e a partir da década de 60 este quadro começa a se alterar, emergindo as doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2008).

Em documentos da OMS (2005, p.15) encontra-se que com o envelhecimento populacional as doenças não transmissíveis ganham destaque

como principais causas de “morbidade, incapacidade e mortalidade” no mundo. Entre as doenças crônicas que mais afetam os idosos salientam-se as cardiovasculares hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes melitus, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas e as doenças mentais, evidenciando-se a demência e a depressão.

Entre as doenças crônicas destacadas pelo Ministério da Saúde a depressão assume importante papel no que tange as morbidades de maior impacto na saúde dos idosos, pois em geral, representa uma co-morbidade, estando associada a outras doenças crônicas (SERBY, 2003).

As enfermidades como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), e o câncer desempenham papel significativo no declínio da saúde dos idosos. As duas primeiras promovem elevado índice de incapacidade entre os idosos, diminuindo a independência e autonomia deste grupo etário.

Alguns estudos têm demonstrado uma associação positiva entre depressão e as doenças cardiovasculares como hipertensão e diabetes, salientando a HAS como fator de risco para o surgimento ou agravamento da depressão (DAVIDSON et al, 2000; ABRAMSON et al, 2001; AMARAL et al, 2007; AMARAL, 2007)

A hipertensão arterial configura-se como a doença crônica não transmissível mais comum na Rede de Serviços de Atenção Primária em Saúde e como principal causa de morbidade e mortalidade entre os adultos (Amaral, 2007). A prevalência de HAS no Brasil encontra-se maior do que 20% de acordo com vários autores, que também destacam a tendência de elevação desta prevalência com o aumento da idade (JARDIM et al, 2007; AMARAL, 2007).

Corroborando com isto Zatune et al (2006) encontraram em seu estudo com idosos de 60 ou mais da cidade de Campinas uma prevalência de 51,8% de hipertensão e na pesquisa nacional por amostra de domicílios este número ficou em 43,9% (LIMA-COSTA et al, 2003).

No que tange o diabetes, observa-se que esta é uma doença comum de incidência crescente, conforme estimativas feitas no final dos anos 80 o diabetes atinge aproximadamente 8% da população brasileira (Brasil, 2004). E, de acordo com uma publicação do Ministério da Saúde (2004) estima-se que esta afecção crônica atingirá em 2025 em torno de 5,4% da população mundial.

Segundo Tavares (2008) existe uma relação importante entre a idade e a elevação das taxas glicêmicas tanto em homens quanto em mulheres. O que foi

evidenciado em um estudo multicêntrico realizado no país no final da década de 80 em que se identificou uma prevalência de diabetes de 17,4% entre os idosos (BRASIL, 1991). Além disso, outro ponto preocupante é que nos diabéticos a prevalência de depressão é três vezes mais elevada (GAVARD et al, 1993).

Outra doença crônica abordada neste estudo é o câncer, o qual pode ser definido como um grupo de mais de 100 doenças diferentes, com causas, tratamentos e prognósticos distintos. No entanto com a característica comum de crescimento descontrolado das células que podem acabar invadindo os tecidos e órgãos circunvizinhos (INCA, 2008).

Está comprovado que com o avanço da idade também aumenta o risco de desenvolvimento de um câncer, de modo que a incidência se eleva de forma lenta até os 40 anos e a partir desta idade o risco se torna evidente (WANDERBROOKE; MIKOSKI; KLAS, 2002). Sendo esta uma enfermidade que apresenta alta prevalência nos idosos maiores de 65 anos (OTTO, 2002).

O diagnóstico de câncer promove abalos significativos para o usuário tanto na esfera emocional quanto física, principalmente quando este indivíduo é idoso e apresenta outras morbidades preexistentes. Contudo, este quadro pode se agravar quando se inicia um tratamento medicamentoso, ou seja, a quimioterapia.

A quimioterapia é o tipo de tratamento oncológico que apresenta maior incidência de cura de diversas neoplasias, também é considerado o tratamento que promove a maior sobrevida dos pacientes oncológicos (ANDRADE; SILVA, 2007).

O tratamento quimioterápico versa da utilização de substâncias químicas, que podem ser empregadas isoladas ou em conjunto, tendo a finalidade de suprimir as neoplasias malignas, ou amenizar os efeitos gerados por estas no organismo dos indivíduos (BONASSA, 1998).

O enfoque principal desta pesquisa está na depressão, enfermidade crônica não transmissível em evidência na contemporaneidade, a qual está cada vez mais presente no cotidiano da população, principalmente no grupo etário mais elevado.

De acordo com Almeida e Almeida (1999) a depressão é uma enfermidade comum no idoso, reforçando que a sua prevalência entre idosos que moram em comunidade varia entre 1 e 16%. Complementando esta abordagem Ferrari e Dalacorte (2007) pontuam que esta doença gera um impacto negativo na vida dos idosos em todos os sentidos, por isso torna-se de grande relevância na saúde pública.

Outro ponto importante associado à depressão é referente aos custos desta enfermidade tanto para os idosos como para a seguridade social. Além disso, promove conflitos familiares, alteração no convívio social, perda da autonomia, isolamento, agravamento de doenças pré-existentes e o risco para morte prematura por suicídio (FERRARI; DELACORTE, 2007).

De acordo com publicações da OMS (2005) para 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade a nível mundial, sendo depois da hipertensão arterial a doença crônica mais comum, estando geralmente associada à queda da qualidade de vida e ao aumento de morbidade e mortalidade. Irigraray e Schneider (2007) acrescentam que a depressão é um dos distúrbios psiquiátricos mais freqüentes e importantes nos idosos.

Moraes et al (2007) reforçam a importância das pesquisas nesta temática colocando que 10 milhões de brasileiros apresentam depressão. Esses autores afirmam ainda que apesar desta doença acometer as mais diversas faixas etárias sua maior incidência ocorre entre os idosos, sendo isto uma tendência mundial, e discutem dados publicados em 2002, afirmando que aproximadamente 10% dos idosos no mundo apresentam quadros depressivos e necessitam de atendimento especializado.

Aludindo sobre a depressão Castelo (2004) refere que embora esta enfermidade seja um dos mais comuns transtornos psiquiátricos associados aos idosos, em torno de 40% dos casos não são identificados e tratados, instigando os pesquisadores a desenvolverem instrumentos que possam identificar esta morbidade. Dentre os mais utilizados cita-se a Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS), a qual vem sendo validada em diferentes países da América Latina, tanto em serviços primários como terciários.

De acordo com Paradela; Lourenço; Veras (2005) a escala mais utilizada para o rastreio da depressão é a GDS, a qual foi descrita na língua inglesa por Yesavage et al em 1983, a versão original é composta de 30 itens e foi desenvolvida especialmente para rastrear os transtornos de humor em idosos, as perguntas foram formuladas de modo a evitarem a esfera das queixas somáticas.

E, em 1986 Sheikh e Yesavage formularam a versão reduzida desta mesma escala contendo 15 itens, a partir das questões que apresentavam maior associação com o diagnóstico de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Segundo Sousa et al (2007) a Escala de Depressão Geriátrica - GDS foi traduzida para o português e adaptada para utilização no Brasil por Stoppe Júnior et al em 1994. Posteriormente ela foi validada por diversos estudos, tanto na versão original quanto nas versões reduzidas de 20, 15 e 10 itens. (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; MASCULAN et al., 2006).

A partir do exposto entende-se que é fundamental o preparo dos profissionais da saúde para atuarem frente às doenças crônicas, principalmente dos enfermeiros, pois estes podem participar de forma significativa no rastreamento de possíveis casos de depressão, pois são os profissionais que atuam diretamente com o binômio usuário – família. No entanto, para isso eles precisam conhecer os instrumentos disponíveis e trabalhar com todas as tecnologias de cuidado no atendimento ao usuário e família.

Entende-se que o enfermeiro desempenha papel de destaque frente à população idosa com doença crônica, seja na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade de Quimioterapia, pois em geral é ele que articula e favorece a relação entre o usuário, a família e a equipe multiprofissional e instrumentaliza os usuários e familiares para o cuidado. Além disso, pode estimular o autocuidado, a autonomia e a independência dos idosos.

Esta pesquisa configura-se como uma importante ferramenta para a elaboração de estratégias de prevenção da depressão em idosos com doenças crônicas nas instituições de saúde, uma vez que conhecer a prevalência e os fatores associados à depressão na população idosa acometida por doenças crônicas nos serviços ambulatorial de quimioterapia e na rede de atenção primária a saúde favorece a abordagem precoce da depressão.

Justifica-se o propósito deste estudo, uma vez que na contemporaneidade o envelhecimento é foco das políticas de saúde pública no país, pois o acelerado processo de transição demográfica tem direcionado o governo a implementar estas políticas a fim de preparar a sociedade para os impactos que estão sendo produzidos por este novo cenário. Somado a isto se deve considerar a transição epidemiológica que está ocorrendo na população brasileira e a lacuna de conhecimento acerca desta temática.

Com isto pretende-se ampliar a literatura acerca desta problemática, reforçar o conhecimento dos profissionais de saúde, de modo que o enfermeiro, junto com a equipe interdisciplinar consiga desenvolver estratégias de ações,

visando à manutenção da saúde dos idosos, a otimização do cuidado e a prevenção de novos agravos gerados pela depressão.

A questão que norteia este trabalho é:

Qual a prevalência e os fatores associados com a depressão em idosos com doenças crônicas em duas instituições de saúde?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Determinar a prevalência e os fatores associados com a depressão em duas populações de idosos com idade igual ou superior aos 60.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil dos idosos em tratamento quimioterápico de um Hospital Escola e entre idosos atendidos com doenças crônicas de uma Unidade Básica de Saúde segundo características socioeconômicas, demográficas e de autopercepção da saúde;

Determinar a prevalência de depressão dos idosos de ambas às populações utilizando a escala GDS - 15;

Avaliar os fatores associados com depressão em idosos de acordo com: sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, religião, escolaridade, renda familiar, atividade ocupacional e auto percepção da saúde.

Comparar as diferenças existentes na prevalência e nos fatores associados à depressão em idosos entre aqueles em tratamento quimioterápico e entre os idosos com doenças crônicas atendidas na UBS.

Identificar nos dois grupos de idosos as morbidades pré-existentes.

3 Hipóteses

A prevalência de depressão em idosos em tratamento quimioterápico é de 39% e entre idosos com doenças crônicas atendidos na UBS é de 26%;

A depressão em idosos de ambas as instituições avaliadas é mais frequente entre: mulheres, indivíduos de idade avançada, cor da pele não branca, solteiros ou sem companheiro, sem religião definida, com menos escolaridade, de baixa renda familiar, aposentados, que vivem sozinhos, sem atividades ocupacionais e que perderam familiares e/ou amigos no último ano;

E, em idosos que relataram ter uma pior autopercepção de saúde;

Além da diferença na prevalência de depressão entre idosos usuários de ambas as instituições, os fatores associados com depressão serão similares.

4 Revisão de Literatura

Neste capítulo será feita uma breve abordagem sobre o que vem sendo descrito na literatura nacional e internacional acerca do envelhecimento populacional e as doenças crônicas, os idosos oncológicos em tratamento quimioterápico, sobre a depressão no idoso e, escala de depressão geriátrica (GDS), temáticas de interesse para esta pesquisa.

4.1 Envelhecimento Populacional e as Doenças Crônicas

O Brasil é considerado um país de população envelhecida, uma vez que, os dados do censo de 2000, retratavam que o número de idosos na população já representava 8,6%. E, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a população é dita envelhecida quando a proporção de idosos alcança 7% com tendência a aumentar (COSTA, PORTO, SOARES, 2003).

Nos países desenvolvidos a transição demográfica ocorreu de maneira gradual, no passar de mais de cem anos, enquanto que nos países em desenvolvimento como o Brasil, o envelhecimento populacional tem alcançado recordes nos últimos anos, gerando grandes desafios para estas sociedades, que precisam ser capazes de promover o envelhecimento saudável (GORDILHO et al., 2000).

Devido ao acelerado processo de transição demográfica no país é necessário uma articulação efetiva entre as diferentes esferas governamentais e os representantes populares, a fim de se consolidarem mais políticas públicas voltadas ao envelhecimento populacional.

Além disso, esta articulação pode propiciar uma melhor implementação das políticas já existentes como a do Estatuto do Idoso, que de acordo com Kalache (2007) se apresenta na teoria de forma excelente e, se for desenvolvida na íntegra,

irá beneficiar milhões de pessoas que vivem à margem da sociedade e de suas políticas.

Corroborando com isto Rodrigues et al (2007) afirmam que a elevação do número de idosos no Brasil e no mundo constitui um importante tema de discussão e de pesquisa entre os gestores, governantes, e sociedade civil.

Mundialmente a população de idosos está a aumentar na razão de 2,6% ao ano, enquanto que o restante da população aumenta na proporção de 1,1% ao ano. Estimando que este crescimento acelerado na população de idosos vai exigir algumas adequações no âmbito econômico e social na maioria dos países (ONU, 2007).

A população mundial está envelhecendo, de modo que as projeções apontam que talvez pela primeira vez na história em 2045 a população de idosos ultrapassará a população de crianças, o que esta gerando um grande desafio social e econômico para os países (ONU, 2007).

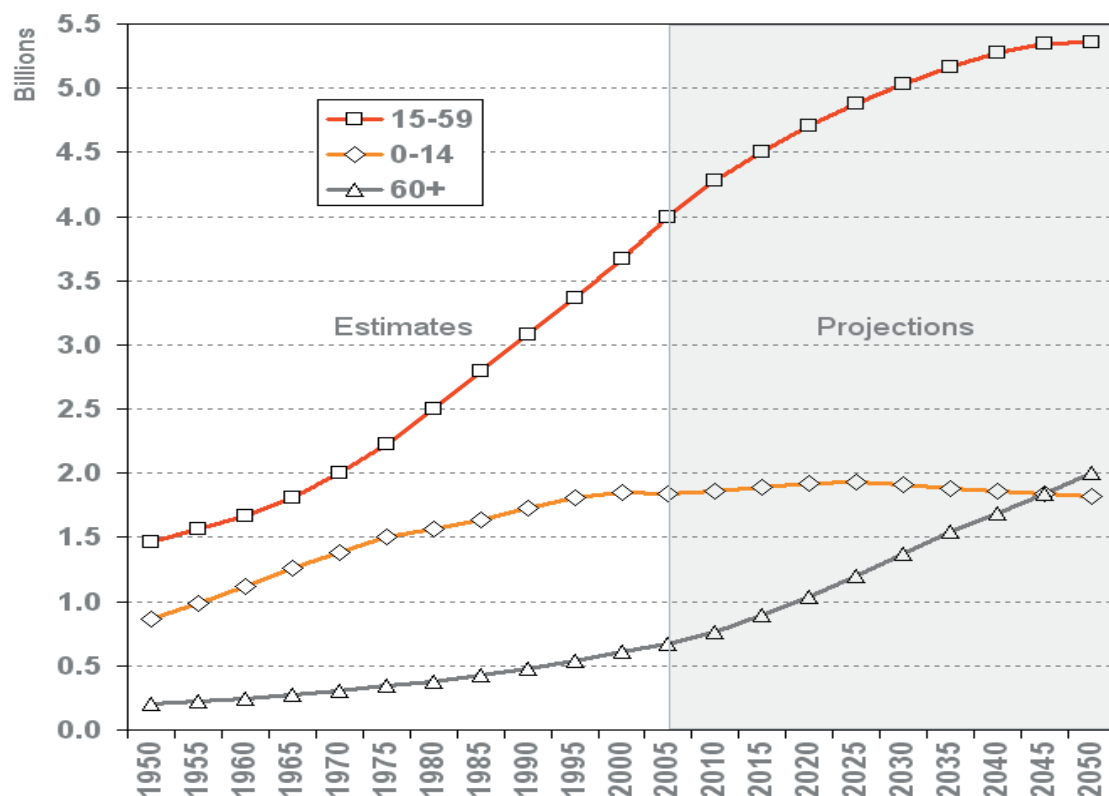


Figure 1: World population by age groups, 1950-2050

Fonte: United Nations. Population Division, Population Estimates and Projections Section. 2007

O envelhecimento populacional é visto como grande triunfo da humanidade e ao mesmo tempo como grande desafio, uma vez que no transcorrer do século XXI

esta alteração no perfil populacional causará elevação nas demandas sociais e econômicas em todo o mundo (OMS, 2005).

Este fenômeno está relacionado com a elevação da expectativa de vida, com a queda nas taxas de fecundidade, que passaram de 5,8 filhos por mulher na década de 70, no Brasil, para 2,3 filhos, em 2000 e a diminuição na taxa de mortalidade, principalmente infantil (COSTA, PORTO, SOARES, 2003).

Segundo dados do IBGE (2007) a esperança de vida do brasileiro atingiu em 2006 a faixa dos 72,3 anos, sendo 76,1 anos para as mulheres e 68,5 anos para os homens. O estado do Rio Grande do Sul alcançou a média de 74,7 anos, apresentando uma das expectativas mais altas do país, perdendo apenas para o Distrito Federal e para Santa Catarina.

No que se refere especificamente a cidade de Pelotas – RS de acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde (2003) a expectativa média de vida ao nascer entre 2001 e 2003 estava em torno de 72,4 anos, sendo 68,1 para homens e 76,4 para as mulheres.

O acelerado processo de mudança demográfica também está intimamente ligado com o avanço tecnológico que se reflete na saúde, com a descoberta e inserção de novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, na infra-estrutura das cidades com avanço da urbanização, ampliação da rede de saneamento, e ainda com a consolidação do Sistema Único de Saúde, promovendo a longevidade da população (PEREIRA, 2002; VERAS, 2002).

Outro fato relevante é que, além da expectativa de vida maior, a longevidade também vem elevando-se progressivamente, o que pode ser observado através do crescimento dos grupos etários mais elevados, ressaltando-se que da década de 90 para 2000 a população de idosos total cresceu 36,5% e a de idosos com mais de 75 anos, 49,3% (KALACHE, 1998).

Com a elevação da esperança de vida, aumenta também a probabilidade dos idosos desenvolverem uma pluralidade de doenças crônicas não transmissíveis DCNT, o que pode levar a incapacidade e queda na qualidade de vida (LANGE, 2005). No entanto ressalta-se que é possível continuar vivendo com qualidade desde que estas doenças sejam controladas (PAVARINI et al, 2005).

Neste sentido, o Ministério da Saúde está priorizando na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) uma política para a prevenção e promoção da saúde da população (BRASIL, 2005). E, entre as principais estratégias para diminuir o

aparecimento das doenças crônicas destacam-se a detecção precoce da vulnerabilidade dos indivíduos e a promoção da saúde no incentivo a hábitos saudáveis, através das práticas educativas, desta forma, é necessário que os profissionais de saúde apoiem-se em novas metodologias de trabalho embasadas no modelo usuário centrado (MERHY, 1997)

Assim os cursos de graduação em enfermagem precisam preparar os seus acadêmicos para conhecer e intervir sobre as condições crônicas, preparando-os para promover a saúde das pessoas já acometidas por alguma enfermidade crônica e para desenvolver a prevenção destas doenças, agindo através de práticas educativas nas famílias e nas escolas (TRENTINI et al, 2008; PAVARINI et al, 2005).

Corroborando com isto um estudo realizado por Passos; Ciosak (2006) com enfermeiros que trabalham na rede de atenção primária em saúde evidenciou uma lacuna entre o conhecimento teórico-prático destes profissionais frente ao cuidado dos indivíduos com doenças crônicas, assim, não se reflete, na integra, o perfil profissional esperado para atuar frente a esta demanda.

Neste sentido, a qualificação dos enfermeiros necessita ocorrer sob a ótica da integralidade, incluindo aspectos biológicos, socioeconômicos, ambientais, emocionais e espirituais, numa perspectiva crítico-reflexivo (TRENTINI et al, 2008).

Então a mudança no perfil epidemiológico do país trás a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais será focado neste estudo a depressão e outras DCNTs prevalentes na população idosa como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e o câncer.

De acordo com Zaitune (2004) a hipertensão arterial se constitui em um dos problemas crônicos de saúde com maior prevalência no contexto atual e esta associada a mais de 50% dos casos de complicações cardiovasculares (BRASIL, 2001). Além disso, há vários estudos que sugerem a relação entre depressão e hipertensão arterial (YAN et al, 2003; SCALCO et al, 2005; AMARAL, 2007).

No estudo realizado por Amaral (2007) em serviços ambulatoriais com usuários de 18 a 70 anos hipertensos, a prevalência de transtorno depressivo maior foi de 20%. Ressalta-se que uma doença crônica pode gerar diversas complicações para os indivíduos, principalmente os idosos, e este quadro se agrava quando ocorre o desenvolvimento de co-morbidades.

Outra doença crônica não transmissível que pode surgir em decorrência do avanço da idade, e da maior vulnerabilidade do idoso é o diabetes, podendo

alcançar a prevalência de 17,4% neste grupo etário (Tavares, 2008). Está enfermidade apresenta elevada morbimortalidade, prejudicando significativamente a qualidade de vida da população, sendo uma das principais causas de mortalidade e incapacidades no país (BRASIL, 2004).

O diabetes é uma doença de longa duração, que exige mudanças nos hábitos de vida do paciente, adaptação a esquemas terapêuticos restritivos como a aplicação regular de insulina e promove alterações no cotidiano das famílias. Tudo isto pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de enfermidades como a depressão (MOREIRA, 2003)

As diversas alterações ocorridas no contexto brasileiro como a industrialização, a exposição da população a produtos tóxicos, o aumento da expectativa de vida e da longevidade colaboram para que o câncer assuma cada vez mais destaque entre as causas de mortalidade no Brasil (GUTIERREZ et al., 2000).

Corroborando com isto o INCA (2007) publicou documentos em que as estimativas de câncer para 2008 e 2009 são de 470 mil novos casos da doença, sendo esperados mais de 231 mil casos novos para os homens e mais de 234 mil para as mulheres.

De acordo com Toledo e Diogo (2003) o câncer é a doença crônica não transmissível que gera maior medo entre a população, ainda que apresente significativo potencial de cura quando diagnosticada precocemente, ao contrário das demais doenças crônicas não transmissíveis.

O câncer, então, é um fator muito preocupante no cenário atual, pois com a elevação no número de idosos, ocorre uma elevação expressiva na incidência de diversos tumores, e ainda no número de óbitos por estas neoplasias.

4.2 Idosos em tratamento Quimioterápico

O Brasil apresenta um quadro epidemiológico combinando enfermidades típicas de países subdesenvolvidos, com doenças crônicas não transmissíveis peculiares aos países ricos e industrializados, o que reflete as disparidades sociais do país (Brasil, 2002).

No contexto de mudanças demográficas e epidemiológicas uma das enfermidades que emerge é o câncer, como doença crônica não transmissível de grande impacto na saúde da população, principalmente da população idosa.

Conforme o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) ocorreram 106.990 mortes por câncer no ano de 1998 no Brasil, colocando esta enfermidade em terceiro lugar nas causas de óbito no país, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e para as causas externas (BRASIL, 2002).

Na esfera mundial foi estimado para 2005 que o câncer seria responsável por 7,6 milhões de óbitos, ou seja, 13% do total de mortes e 21,6% no que se refere a óbitos por doenças crônicas, sendo considerado que esta afecção represente 5% da carga mundial de doença (OPAS, 2007).

Conforme publicação do INCA (2007), as neoplasias que promoveram maior mortalidade no âmbito mundial no ano de 2005 foram a de pulmão (1,3 milhões), seguida pela de estômago (aproximadamente 1 milhão), de fígado (662 mil), de cólon (655 mil) e a de mama (502 mil).

Pontua-se que no Brasil as estimativas para 2008/2009 inferem que os tipos mais incidentes de câncer no sexo masculino serão os de próstata e pulmão, enquanto que nas mulheres será o de mama e colo uterino (INCA, 2007).

De acordo com dados do DATASUS a taxa de mortalidade proporcional por neoplasias no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2005 foi de 21,9%, e para os idosos com idade igual ou superior a 60 anos de 22,6%. Ainda embasado nesta mesma fonte há o registro de que no Município de Pelotas esta taxa nos idosos se eleva para 24,4% (BRASIL, 2007).

A incidência do câncer e de outras doenças crônicas não transmissíveis esta associada a diversos fatores dentre os quais podemos citar como determinantes sociais a urbanização, a industrialização, o aumento da expectativa de vida, a exposição prolongada a agentes cancerígenos (BRASIL, 2002).

Além disso, o avanço técnico-científico na área da saúde possibilitou uma maior qualidade de diagnóstico e tratamento, fazendo com que muitos casos que anteriormente não eram identificados fossem diagnosticados e tratados elevando o número de pessoas com câncer (Brasil, 2002).

Embora grandes progressos acerca do tratamento do câncer tenham ocorrido nas ultimas décadas, como o advento da radioterapia e da quimioterapia, ele ainda é considerado pela sociedade como uma doença fatal e estigmatizada

principalmente porque o tratamento é muito agressivo e invasivo, tornando os usuários extremamente angustiados (BORGES et al, 2006).

Entre os tipos de tratamento para o câncer hoje, o que promove melhor prognóstico para diferentes neoplasias é a quimioterapia. Nesta modalidade terapêutica se faz uso de agentes químicos que alteram o processo de crescimento e divisão celular, estes medicamentos podem ser usados separadamente ou associados, a quimioterapia também pode ser utilizada em combinação com a cirurgia e a radioterapia (BONASSA, 2005).

Este tratamento pode ser classificado como curativo, sendo utilizado para o controle total do tumor; como adjuvante, sendo empregado após cirurgia curativa, para diminuir a incidência de metástase, como neoadjuvante, quando realizado para redução parcial ou total do tumor, antecedendo outra terapêutica, ou como paliativo, quando empregado para melhorar a qualidade de vida do usuário (INCA, 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O planejamento da terapêutica quimioterápica é desenhado a partir de fatores como o tipo de tumor, o estágio da doença e a superfície corporal do usuário, sendo realizados esquemas terapêuticos ou ciclos, que podem ser diários, semanais, mensais, entre outros, se avaliando periodicamente a resposta desta neoplasia aos medicamentos (CEBRON, 2008; MS, 2008).

A quimioterapia em geral produz uma sintomatologia severa, que pode se apresentar através de náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, fadiga, alopecia, entre outros, desta forma o usuário além de, conviver com o diagnóstico de câncer ainda tem que superar os efeitos colaterais provocados por este tratamento (ANJOS; ZAGO, 2006).

Por isso, ao prestarem atendimento a usuários em tratamento quimioterápico os enfermeiros precisam levar em consideração que estes podem apresentar dificuldades para reagir frente à doença, pois, além das implicações relacionadas ao câncer ainda há o impacto negativo dos efeitos colaterais associados a esta modalidade de tratamento (ANJOS; ZAGO, 2006).

No estudo realizado por Gutiérrez (2000) em um ambulatório de quimioterapia em São Paulo, que buscava analisar as intervenções de enfermagem com pacientes oncológicos, houve a identificação de problemas relacionados a distúrbios alimentares, falta de conhecimento acerca da doença, alterações da auto-estima, aceitação e segurança emocional, entre outros. A partir da análise destes

problemas constatou-se que havia uma significativa lacuna nas prescrições e intervenções de enfermagem relativas aos problemas psicossociais.

Acredita-se que os idosos não podem ser descaracterizados como sujeitos autônomos e capazes de decidir sobre seu tratamento e cuidados de saúde, por isso é de grande relevância que a enfermeiro atue de forma reflexiva perante os direitos do usuário (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2008).

Ressalta-se que os cuidados prestados a estes usuários devem ir além da esfera biológica, considerando-se as necessidades psicossociais, emocionais e espirituais de cada indivíduo, e ainda suas relações familiares e sociais, a fim de prestar um atendimento que vislumbre a integralidade do ser humano.

Entende-se que tanto o diagnóstico de câncer como a realização da quimioterapia alteram de forma significativa a percepção dos doentes acerca de suas vidas, o que pode favorecer o surgimento de enfermidades associadas ao estresse, ao medo, as alterações de humor como a depressão.

Indo ao encontro do que foi abordado Chapman; Perry; Strine (2004) relatam que em pesquisas realizadas anteriormente com doentes de câncer recém diagnosticados em torno de 50% apresentavam indicativos de transtornos psiquiátricos.

Em um estudo realizado por Diniz (2006) na cidade de São Paulo com 62 usuários do serviço de oncologia ligados a Faculdade de Medicina do ABC em tratamento paliativo, identificou-se que 68% apresentavam pelo menos um tipo de depressão.

Já na pesquisa realizada nos Estados Unidos por Burkberg; Penman; Holland (1984) com 62 pacientes oncológicos hospitalizados, na faixa etária de 18 a 70anos, os autores encontraram que entorno de 42% da amostra apresentavam indícios de depressão.

No entanto, Chapman; Perry; Strine (2004) salientam que a prevalência de depressão em pacientes oncológicos pode variar de modo significativo de acordo com o tipo de neoplasia e o estágio clínico em que se encontra o usuário.

4.3 Depressão e o Idoso

Com o envelhecimento populacional outra doença que está em ascensão é a depressão. Segundo Oliveira; Gomes; Oliveira (2006) esta é a doença psiquiátrica

mais comum na população idosa, levando a queda na qualidade de vida deste grupo etário, elevação das demandas econômicas e ainda a tendências suicidas.

A depressão é uma alteração do humor, de forte impacto nas diferentes faixas etárias, que está associada a diversos fatores, tanto biológicos, psicológicos quanto sociais.

A palavra depressão vem sendo amplamente utilizada no meio científico - acadêmico e popular, tanto para indicar “um estado afetivo normal como à tristeza”, ou para designar “um sintoma, uma síndrome, ou uma doença” (DEL PORTO, 1999, p.6)

Essa enfermidade é considerada uma das maiores causas de sofrimento emocional e declínio da qualidade de vida, sendo muito freqüente na população em geral e, principalmente, na população idosa, ganhando destaque na saúde pública (GUMARAES; CALDAS, 2006).

Conforme descrito no sistema de Classificação Estatística Internacional de doenças, volume 10 (1995) - CID 10 – a depressão é caracterizada pela diminuição do humor, da energia, das atividades, perda do interesse, diminuição da capacidade de concentração, cansaço, além de distúrbios do sono e diminuição do apetite. Apresenta grau leve, moderado e grave.

No grau leve em geral estão presentes pelo menos dois sintomas dos citados anteriormente, e os portadores ainda conseguem desempenhar a maior parte das atividades. Nos episódios moderados estão presentes no mínimo quatro sintomas, neste estágio o indivíduo já tem grande dificuldade de manter sua rotina diária; e nos casos graves os sintomas se intensificam, ocorrendo perda da auto-estima e idéias de culpa, sendo comuns idéias e atos suicidas (CID10, 1995).

Reforçando o que foi pontuado Del Porto (1999) afirma que ao se pensar no diagnóstico de depressão devem ser considerados três aspectos importantes os sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais.

No que se referem aos sintomas psíquicos, reforça-se o humor deprimido, a redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, fadiga ou sensação de perda de energia e a diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões.

Já ao tratar dos aspectos fisiológicos consideram-se alterações do sono, do apetite e redução do interesse sexual, como fatores significativos para o desenvolvimento da depressão. E, como evidências comportamentais surgem o

isolamento social, as crises de choro, os comportamentos suicidas, o retardo psicomotor e a lentificação generalizada, ou agitação psicomotora.

Conforme Irigaray; Schineider (2007) a depressão é um transtorno do humor experienciado por grande número de pessoas, pelo menos uma vez na vida, e que pode ser configurada como tristeza, saudade, angustia, desânimo entre outros. Moraes et al (2007) afirmam que esta enfermidade pode ser considerada um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial.

Cheloni et al (2003) colocam que esta enfermidade apresenta grande incidência na população geral elevando os custos com relação a saúde tanto a nível público quanto no privado.

A depressão também pode ser definida como uma síndrome psiquiátrica que apresenta sintomatologia de humor deprimido e falta de interesse e prazer por quase todas as atividades desenvolvidas. Nos idosos ela se apresenta de forma diferenciada tanto no que se refere à sintomatologia, quanto as suas causas e tratamento (BATISTONE, 2005).

A esta enfermidade é atribuída a diminuição ou perda da autonomia e risco para agravamento de morbididades pré-existentes, principalmente por diminuir a aderência ao tratamento, estando também associada a uma maior utilização dos serviços de saúde. No que se refere aos idosos o seu diagnóstico geralmente é tardio, pois muitas vezes fazem uso de diversos medicamentos e apresentam comorbidades associadas (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

Argimon e Stein (2005) reforçam que a depressão se apresenta como um dos problemas de saúde mais freqüentes entre os idosos, ainda que sua detecção seja muitas vezes difícil na prática.

Linhares et al (2003) acentuam que as características dos quadros depressivos em idosos são muito diferentes dos vivenciados por adultos, entre as principais queixas dos idosos estão os sintomas somáticos como algias crônicas, distúrbios do sono e do apetite, o que pode dificultar o diagnóstico uma vez que estes relatos podem estar presentes no cotidiano do idoso saudável.

Conforme Irigaray e Schineider (2007) no transcorrer da velhice pode ser percebido o surgimento de sinais somáticos e mal estar, embora alguns destes sintomas possam ser atribuídos a morbididades pré-existentes é necessário lembrar que a maioria das alterações somáticas surge como sinais de depressão.

Além dos sintomas já mencionados, o idoso também pode procurar o atendimento de saúde mostrando-se preocupado com seu estado físico, referindo problemas sociais e familiares, dificuldades financeiras, entre outras queixas, ou seja, sintomas que muitas vezes não se configuram clássicos de depressão (BLAZER, 2003).

No entanto esta enfermidade pode ser considerada um problema de saúde frequente e tratável, e a grande maioria dos usuários que apresentam depressão pode ser efetivamente tratada apresentando benefícios expressivos (TUESCAMOLINA et al, 2003).

Portanto, o enfermeiro precisa estar preparado para detectar possíveis casos de depressão nos idosos, pois, ele ocupa uma posição privilegiada nos serviços de saúde, sendo em geral o primeiro profissional a ter contato com o indivíduo que busca atendimento nestes serviços. Além disso, a uma tendência dos usuários a sentirem-se mais a vontade frente a este profissional do que aos demais da equipe de saúde (SILVA et al, 2003).

Enfatiza-se que o enfermeiro precisa ser capaz de reconhecer e intervir de forma efetiva nas situações em que os indivíduos apresentam indícios de sofrimento por um transtorno do humor, independente do serviço de atuação (TRAVELBEEI, 1982; SILVA et al, 2003).

A depressão nos idosos pode apresentar alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento como: ser viúvo (a), de classe econômica menos favorecida, morar em instituição de longa permanência, alterações nos papéis sociais como a aposentadoria, a perda de pessoas próximas e a solidão (IRIGARAY; SCHNEIDER 2007).

Em um estudo realizado por Peluso e Blay (2008) na cidade de São Paulo com 500 indivíduos de 18 a 65 anos que objetivava avaliar como a população identifica os sintomas de depressão e suas causas, emergiu como um dos resultados que o desemprego e o isolamento são considerados as causas mais importantes para desenvolvimento de depressão, enquanto os fatores biológicos foram relegados a segundo plano.

Além disso, o gênero também emerge como fator importante para o desenvolvimento desta afecção, uma vez que vários autores apontam o sexo feminino como mais vulnerável à depressão (BLAZER, 2003; DJERNES, 2006; IRIGARAY; SCHNEIDER 2007).

Apoiando estes achados Linhares et al (2003), em uma pesquisa realizada num ambulatório geriátrico da Brasília, encontraram como resultado após a aplicação da Escala de Depressão geriátrica, que 44% das mulheres obtiveram pontuação positiva para depressão e 21,4% dos homens apresentaram o mesmo resultado.

E, em um estudo realizado na Colômbia em 1997 foi possível identificar que as mulheres apresentavam maior inclinação à depressão, uma vez que a porcentagem de mulheres que apresentaram algum tipo de depressão foi de 21,3%, enquanto nos homens este valor ficou em 14,3% (TUESCA-MOLINA et al, 2003).

Percebe-se neste estudo significativa diferença entre os achados femininos e masculinos, Blazer (2003) coloca que estas diferenças podem estar associadas aos múltiplos papéis desempenhados pela mulher, como a maternidade e a dupla jornada de trabalho, tornando-a possivelmente mais vulnerável.

No que se refere a prevalência de depressão em idosos na pesquisa realizada por Porcu et al (2002) sobre o comparativo de prevalência de sintomas depressivos entre idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes na comunidade da cidade de Maringá, obtiveram o seguinte escore: presença de depressão em 60% dos idosos institucionalizados, em 67% dos idosos hospitalizados e em 23,34% em idosos residentes na comunidade. Amostra foi composta de 90 idosos e dividida em três grupos iguais.

Entende-se que é extremamente relevante a realização de mais pesquisas acerca da depressão e do idoso. E, que estas estejam apoiadas em instrumentos que possam facilitar os pesquisadores e que ao mesmo tempo sejam confiáveis e validados no Brasil.

4.4 Escala de Depressão Geriátrica

As escalas são instrumentos para o rastreamento de depressão, afim da detecção precoce da doença, visando o engajamento dos indivíduos afetados no tratamento o mais breve possível.

Para escolher a melhor escala a ser utilizada é necessária a observação de uma série de fatores como sua capacidade de detectar casos, sua sensibilidade, sua consistência e facilidade de aplicação (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Uma das escalas mais frequentemente utilizadas para o rastreio de depressão em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale GDS), pois diversos estudos indicam que ela apresenta medidas válidas e confiáveis (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; SOUSA et al, 2007).

A GDS foi descrita na Inglaterra por Yesavage et al. em 1983, sua versão original é composta por 30 questões de resposta sim/não, tem boa consistência interna correlaciona-se com critérios diagnósticos para depressão. Ela foi desenvolvida para rastrear os transtornos de humor em idosos, as perguntas foram formuladas de modo a evitarem a esfera das queixas somáticas (CHELONI et al, 2003; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

A Escala de Depressão Geriátrica apresenta como principais vantagens o fato de suas questões serem de fácil entendimento, não possibilitarem variações significativas nas respostas, e ainda pela possibilidade de serem auto-aplicadas ou aplicadas por entrevistador treinado (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

No Brasil a GDS foi traduzida para o português e adaptada por Stoppe Júnior et al em 1994, posteriormente ela foi validada por diversos estudos, tanto na versão original quanto nas versões reduzidas de 20, 15 e 10 itens (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; MASCULAN et al., 2006; SOUSA et al, 2007).

A versão reduzida de 15 itens da GDS foi elaborada por Sheikh e Yesavage em 1986, a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esta versão foi validada no Brasil por Almeida e Almeida em 1999. Ela oferece medidas válidas para o diagnóstico de depressão em idosos brasileiros, de acordo com os critérios do CID-10, além de estabelecer medidas confiáveis da gravidade do quadro depressivo (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

De acordo com a validação de Almeida e Almeida (1999), realizada em um ambulatório de idosos em São Paulo, com 64 idosos, o melhor ponto de corte é 5/6, o qual apresenta sensibilidade de 85,4% e a especificidade de 73,9%. Outros autores confirmam este ponto de corte (SHEIKH; YESAVAGE, 1986; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

No estudo realizado por Paradela, Lourenço e Veras no ano de 2005 foi validada a utilização da EDG – 15 em um ambulatório geral do Sistema Único de

Saúde do Rio de Janeiro, e embora estes autores tenham encontrado maior equilíbrio entre a sensibilidade e a especificidade no ponto de corte 6/7, sendo 71% para sensibilidade e 78% para especificidade, sugerem a utilização do ponto 5/6, a fim de priorizar a sensibilidade, frente a uma pequena perda da especificidade.

A versão reduzida da GDS é bastante atrativa para o uso em ambulatórios e ambientes não especializados, uma vez que o tempo para a aplicação é menor (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Em uma pesquisa realizada por Linhares et al (2003) foi aplicado a EDG-15 a 303 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário de Brasília no período de março de 2000 a março de 2001, tendo como um dos resultados de destaque o fato de 44% das mulheres apresentavam indicativo de depressão de acordo com a GDS-15, com base no ponto de corte 6.

Já no estudo realizado por Irigaray e Schineider (2007) foi aplicada a EDG-15 a 103 idosas participantes de uma Universidade para a Terceira Idade, com o ponto de corte 5/6, esses autores encontraram que o envelhecimento pode transcorrer de forma mais saudável e com uma menor frequência de sintomas depressivos quando os idosos estão integrados em atividades que os valorize e estimule sua autonomia.

Na pesquisa de Ferrari; Delacorte (2007) realizada no Hospital da PUC RS, com 50 usuários idosos, foi aplicada a EDG-15 com a finalidade de investigar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados, obtendo-se como um dos resultados que 46% da população estudada apresentavam algum tipo de depressão.

Contudo enfatiza-se a necessidade da realização de mais pesquisas que vinculem os idosos com doenças crônicas prevalentes e a depressão, utilizando-se instrumentos que facilitem o desenvolvimento das pesquisas e favoreçam a fidedignidade dos resultados. Pois, se acredita que estes idosos sofrem de depressão e isto se concretiza em uma lacuna a ser preenchida, uma vez que grande parte dos estudos está direcionada a usuários adultos em fase terminal ou em cuidados paliativos.

5 Material e Método

5.1 Caracterização do Estudo

Esta pesquisa se caracteriza por apresentar uma abordagem quantitativa do tipo transversal e analítica de base de serviço de saúde, com os idosos atendidos na Unidade de Quimioterapia (UQ) vinculada ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Esta Unidade se constitui em um centro de referência para o tratamento do câncer no município de Pelotas e na região, realizando atualmente, em média, 30 sessões diárias de quimioterapia. Como grupo de comparação, neste estudo, foi incluído os idosos com doenças crônicas prevalentes (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e/ou doenças musculoesqueléticas) usuários de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Pereira (2002) os estudos transversais são aqueles que determinam causa e efeito ao mesmo tempo, e só possibilitam a identificação dos indivíduos considerados doentes e sadios a partir da análise dos dados. A vantagem deste delineamento sobre outros estudos analíticos radica na relativa facilidade e rapidez para a sua realização, o que permite avaliar de forma bastante confiável a possível associação que diferentes fatores podem ter com o desfecho de interesse.

5.2 Local do Estudo

Uma parte da pesquisa foi desenvolvida no serviço de Quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas - RS. A segunda parte do projeto, realizada concomitantemente à anterior, incluiu a Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBS) Simões Lopes, a qual está situada na área urbana do município de Pelotas.

5.3 População alvo

A população que compôs o estudo consiste em idosos (≥ 60 anos) atendidos no ambulatório de quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e idosos com doenças crônicas atendidos em uma UBS com Estratégia Saúde da Família da área urbana do município de Pelotas.

5.4 Critérios de inclusão

Possuir idade igual ou superior a 60 anos; ser capaz de manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação da escala; para os usuários do ambulatório de quimioterapia do Hospital Escola, ter diagnóstico de câncer de qualquer localização, recebendo tratamento de forma ambulatorial.

E, para os usuários da UBS, ter sido diagnosticado e estar em tratamento por alguma doença crônica prevalente (diabetes mellitus, hipertensão arterial e/ou doenças musculoesqueléticas).

5.5 Variáveis

5.5.1 Variável Dependente

Nesta pesquisa a variável dependente foi a presença de depressão segundo os critérios da escala de depressão geriátrica na versão reduzida de 15 itens (anexo A). Foi considerado como diagnóstico de depressão um escore de seis no mencionado questionário.

5.5.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes neste estudo foram:

VARIÁVEL	MENSURAÇÃO	CATEGORIAS
Sexo	Observado pelo (a) Entrevistador (a)	Masculino / Feminino
Idade	Referida pelo (a) entrevistado (a) em anos completos	Avaliada como variável contínua e categórica
Cor ou raça	Referida pelo (a) entrevistado (a), de acordo com o IBGE	Branca, preta, amarela, parda ou indígena
Situação conjugal	Referida pelo entrevistado (a) casado (a); com companheiro(a); solteiro(a); sem companheiro(a); divorciado (a); separado (a) ou viúvo (a).	Com companheiro (a) / sem companheiro (a)
Religião	Referida pelo entrevistado (a) Católica; Protestante, Espirita, Umbanda, Evangélica, Não tem.	Com religião definida / sem religião definida
Escolaridade	Referida pelo (a) entrevistado (a) em anos concluídos de estudo.	Nenhuma; 1-4 anos; 5-8 anos; 9-12; 13 ou mais
Renda familiar mensal	Referida pelo (a) entrevistado em salários mínimo vigente no país.	Avaliada como variável contínua e categórica
Morbidades preexistentes	Referido pelo entrevistado	Sim/não
Auto percepção de saúde	Referido pelo entrevistado	Muito boa, boa, regular, ruim
Perda de familiar ou amigo no último ano	Referido pelo entrevistado	Sim ou não
Atividade Ocupacional	Referido pelo entrevistado	Remunerada ou não remunerada

Figura 2 – Variáveis independentes deste estudo.

5.6 Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho de amostra foram usados dados da tese doutoral de Rodriguez (2008), na qual foram avaliados indivíduos com idade a partir de 65 anos de 21 municípios da região sul do Brasil com mais de 100 mil habitantes (17 do Rio Grande do Sul e 04 de Santa Catarina). A informação usada para a referida tese foi obtida do Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado em 2005 e coordenado

pelo Ministério da Saúde do Brasil e financiado pelo Banco Mundial. Naquele estudo a prevalência de depressão entre idosos com doença crônica usuários das UBS foi de 26%. Considerando um poder de 80%, um erro tipo 1 (alfa) de 5%, uma relação não exposto (UBS) / exposto (oncológico) de 1:1 e uma razão de prevalência (RP) de 1,50, a amostra mínima necessária seria de 218 indivíduos em cada instituição de saúde. Com este tamanho de amostra a prevalência esperada de depressão entre idosos em tratamento oncológico seria de 39%. Acrescentando 10% de amostra por possíveis recusas e outro 15% para controle para fatores de confusão, a amostra final necessária foi de 273 indivíduos em cada um dos grupos.

Considerando este tamanho de amostra foram estimadas as mínimas RP que poderiam ser encontradas em cada instituição conforme algumas variáveis de exposição e que estão resumidas no Quadro 1. Com um poder de 80% e um erro tipo 1 de 5% as mínimas RP detectáveis oscilam entre 1,79 e 2,35.

Figura 3. Cálculo das mínimas razões de prevalência (RP) detectáveis conforme variáveis de exposição*.

EXPOSIÇÃO	% doentes [†]	Relação não exposto/exposto [†]	RP
Sexo			
Masculino	21%	40/60	1,79
Feminino	37%		
Idade			
<70 anos	17%	35/65	1,96
70 ou mais	24%		
Cor da pele			
Branca	21%	83/17	2,03
Não branca	22,5%		
Situação conjugal			
Com companheiro	18%	73/27	1,97
Sem companheiro	30%		
Escolaridade			
Alfabetizado	18%	65/35	1,90
Analfabeto	26%		
Autopercepção de saúde			
Boa/muito boa	10%	46/54	2,35
Regular/ruim	31%		

*Todos os cálculos foram realizados considerando como o tamanho da amostra de 508 indivíduos.

†Dados obtidos de RODRIGUEZ, M. A. et al. (2009).

5.7 Princípios éticos

Este projeto é um recorte da pesquisa “Os sistemas de cuidados nas condições crônicas dos clientes oncológicos e suas famílias”, o qual já foi encaminhado ao responsável técnico do Serviço de Quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 2008/23.

Devido à inclusão posterior da população da UBS este projeto foi encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde, ao responsável técnico da Unidade Básica de Saúde e ao Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Seguindo os princípios e da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 foi entregue aos participantes do estudo uma apresentação dos objetivos deste, através de um Termo Consentimento Livre e Esclarecido (apêndices E e F), lhes assegurado o anonimato e o livre acesso aos dados e aos resultados da pesquisa. Os sujeitos têm a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa.

5.8 Procedimento para a coleta de dados

O trabalho de campo para coleta de dados foi realizado por uma equipe de nove entrevistadores, após treinamento de capacitação dos mesmos iniciou o teste piloto com idosos oncológicos em tratamento quimioterápico e idosos da UBS, para análise final do instrumento e avaliação do desempenho do entrevistador. Cada entrevistador elaborou um relatório e apresentou para discussão das dificuldades apresentadas. Os entrevistados no teste piloto não fizeram parte da amostra do estudo.

Foram realizadas, semanalmente, reuniões com os entrevistadores para discussão do estudo e andamento da coleta de dados, controle da qualidade e outros pontos pertinentes.

A população alvo foi identificada a partir dos prontuários, dos quais foram coletados os dados referentes à identificação dos idosos oncológicos e dos idosos portadores de doenças crônicas da UBS. As demais informações relacionadas ao perfil dos idosos com doenças crônicas e as morbidades pré-existentes foram

coletadas por meio de um questionário pré-codificado (apêndices A e B) aplicado individualmente a cada sujeito que aceitou participar da pesquisa e assinou o Consentimento Livre e Esclarecido.

Entre os dados sócio-demográficos enfoca-se: a idade em anos completos, situação conjugal, sexo, religião, escolaridade, renda familiar em salário mínimo vigente no período, cor da pele e autopercepção da saúde.

Para avaliar a presença de depressão nos idosos foi aplicada à Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida de 15 itens EDG-15, a qual foi elaborada por Yesavage, et al. (1986) na Inglaterra. E, foi traduzida para o português a partir da original em inglês por Almeida e Almeida (1999), os quais também adaptaram e validaram este instrumento no Brasil. As perguntas que compõe a GDS foram formuladas de modo a evitarem a esfera das queixas somáticas (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

O ponto de corte que utilizado neste estudo foi seis, o qual foi validado por vários autores (SHEIKH; YESAVAGE, 1986; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; FERRARI; DELACORTE, 2007).

5.8.1 Controle de Qualidade

O Controle de Qualidade dos dados foi realizado pelos supervisores no momento da entrega dos questionários para a detecção e correção de eventuais erros e inconsistências. E, ainda efetivado por meio de ligações telefônicas, nas quais foi aplicado o questionário reduzido, no mínimo a 10% dos usuários selecionados.

Para que houvesse uma padronização na qualificação da coleta dos dados uma pessoa foi capacitada especialmente para realizar as ligações. Para observar a consistência destas, algumas respostas referidas no questionário de controle de qualidade através do contato telefônico foram comparadas com as respostas obtidas no questionário aplicado pelo entrevistador.

5.9 Construção do Banco de dados e Análise

Para a análise foi construído um banco de dados no *software Epi Info* (versão 6.04). Os dados coletados foram digitados sob a forma de dupla entrada para a análise da consistência interna.

Todas as análises foram realizadas no programa *STATA 9.2*, e os resultados serão apresentados de forma separada conforme a instituições de saúde de origem (USF ou unidade de oncologia). Na parte descritiva foi apresentada a prevalência do desfecho de acordo com as variáveis independentes, usado o teste de qui-quadrado de heterogeneidade de *Pearson* para as exposições nominais e o teste de tendência para aquelas ordinais. Na parte analítica, foi usada a regressão de *Poisson*, utilizando o método de variância robusta para a adequação dos dados, permitindo desta forma obter as RP e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Tanto na análise bruta quanto na ajustada foi usado o teste de *Wald* de heterogeneidade o de tendência segundo o tipo de variável analisada.

A análise ajustada levou em conta um modelo hierárquico de análise, em que constam três níveis de determinação. Este modelo considera que os níveis mais distais influenciam sobre os proximais, e estes pela sua vez afetam o desfecho de interesse. Desta forma, para o presente projeto consideramos no nível mais distal a idade, o sexo e a cor da pele. No segundo nível, a renda familiar, a escolaridade, a ocupação, a situação conjugal, a estrutura familiar e a religião. No terceiro nível a autopercepção de saúde. Nas análises ajustadas será usada uma seleção para trás por nível de hierarquia, em que cada variável é ajustada para as outras do mesmo nível ou de nível superior com valor- $p \leq 0,2$.

5.10 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão divulgados através da apresentação de um artigo científico juntamente com relatório para a conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, assim como na publicação de outros artigos científicos que serão encaminhados a periódicos indexados da área da enfermagem e áreas afins.

6 Recursos Humanos e Materiais

6.1 Recursos Humanos

- Pesquisador
- Professor de português
- Entrevistadores
- Estatístico

6.2 Recursos Materiais e Plano de despesas

Material	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Lápis	50	R\$ 0,55	R\$ 27,50
Caneta	50	R\$ 1,00	R\$ 50,00
Borracha	50	R\$ 0,50	R\$ 25,00
Apontador	50	R\$ 0,60	R\$ 30,00
Prancheta	13	R\$ 2,40	R\$ 31,12
Envelope	50	R\$ 1,20	R\$ 60,00
Papel Ofício	5000	R\$ 0,05	R\$ 250,00
Impressão	1000	R\$ 0,20	R\$ 200,00
Revisão de Português	02	R\$ 150,00	R\$ 300,00
Estatístico	01	R\$ 600,00	R\$ 600,00
Encadernação	6	R\$ 13,00	R\$ 78,00
Capa Brochura	10	R\$ 20,00	R\$ 200,00
Xérox	5300	R\$ 0,07	R\$ 371,00
Correio	4	R\$ 42,00	R\$ 140,00
Compra de artigos	7	R\$ 30,00	R\$ 210,00
Despesa com deslocamento para encontro com membros da banca	2	R\$ 8,90	R\$ 17,80
Total			R\$ 2.590,42

Obs: Os recursos materiais utilizados para a realização desta pesquisa serão custeados pela autora e pelo Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces – NUCRIN.

Referências

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v.57, n.2-B, p.421-426, 1999.

ABRAMSON, J.; BERGER, A.; KRUMHOLZ, H. M.; VACCARINO, V. Depression and Risk of Heart Failure Among Older Persons With Isolated Systolic Hypertension. **Arch Intern Med**, v. 161, p.1725-1730. [periódico da internet], 2001. Disponível em: www.archinternmed.com. Acesso em: 26 out 2009.

AMARAL, G. F.; JARDIM, P. C. B. V.; BRASIL, M. A. A; et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em Centro de referência no tratamento de Hipertensão arterial. **Rev Psiquiatr RS**. [online]. 2007, v.29, n.2, p.161-168.

AMARAL, G. F. **Prevalência de transtorno depressivo maior em Centro de referência no tratamento de Hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovasculares**. 2007. [Tese] Universidade Federal de Goiás. Goiânia.

ANDRADE, M.; SILVA, S.R. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v.60, n.3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 8 ago 2008. doi: 10.1590/S0034-71672007000300016.

ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do usuário . **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v.14, n.1, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 27 ago 2008. doi: 10.1590/S0104-11692006000100005.

BATISTONI, S.S.T. Depressão. In: Neri AL. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Alínea; 2005. p.59-61.

BLAZER, D. **Depressão em idosos**. 3.ed. São Paulo: Andrei, 2003.

BONASSA, E.M.A. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: Bonassa EMA, Santana TR. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. p.3-19.

BONASSA, E. **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 1998.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino et al . Percepção da morte pelo usuário oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicol. estud.** , Maringá, v.11, n.2, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 27 ago 2008. doi: 10.1590/S1413-73722006000200015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde Rio Grande do Sul**, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>. Acesso em: 23 out 2008.

BRASIL. **Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. [texto na internet]. Brasília. Centro de Vigilância epidemiológica, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=448. Acesso em: 19 jun 2008.

BRASIL. Ministério DA SAÚDE. **Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil**: resultados. Brasília (DF), 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Campanha Nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus**. Relatório técnico. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações ambulatoriais do sus (Sia/Sus)**: manual de bases técnicas oncologia. Brasília, DF: 2008. Disponível em: http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/arquivos/pdf/Manu%20 Onco%20 Atualizado_23-07-08.pdf. Acesso em: 2 nov 2008.

BUKBERG, J.; PENMAN, D.; HOLLAND, J. Depression in hospitalized cancer patients. **Psychosom Méd**; 1984; 46: 199-211. disponível em: <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/46/3/199>. Acesso em: 25 nov 2008.

CAMPINO, A.C.C; CYRILLO, D.C. Situação de ocupação e renda. In: **O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, 2003. 255p.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E.; CLARK, C.; PRETTE, Z. D.; PRETTE, A. D. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia Reflexiva Critica**, Porto Alegre, v.20, n.2, 2007.

CASTELO, M. S. **Validade da escala de depressão geriátrica em unidades primárias de saúde na cidade de Fortaleza, Ceará**. Fortaleza; s.n; 2004. 125 p. tab, graf. (D069CASTUFCE). [periódico da internet]. 2008. Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=602. Acesso em: 10 nov 2008.

CEBROM - Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia.

Quimioterapia. Disponível em:

<http://www.cebrom.com.br/cebrom/quimioterapia.html>. Acesso em: 18 nov 2008.

CHAPMAN, D. P.; PERRY, G. S.; STRINE, T.W. The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders. *Preventing Chronic Disease*. 2005 January; 2(1): **A14**. Published online 2004 December 15. Disponível em:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1323317>. Acesso em: 20 nov 2008.

CHELONI, C.F.; PINHEIRO, F.L.S. P; MILANÊZ CAVALCANTI FILHO, M.; MEDEIROS, A.L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). *Universidade do Estado do Rio Grande do Norte Expressão*, Mossoró, 34(1-2); p.61-73; jan.-dez.-2003. Disponível em:

http://www.uern.br/pdf/RevistaExpressao/RevistaExpressao_2003_5.pdf. Acesso em: 18 out 2008.

DAVIDSON, K; JONAS, B.S.; DIXON, K.E.; MARKOVITZ, J.H. Do Depression Symptoms Predict Early Hypertension Incidence in Young Adults in the CARDIA Study? *Arch Intern Med*, v. 160, p. 1495–500. [periódico da internet], 2000.

Disponível em: www.archinternmed.com. Acesso em: 26 out 2009.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 21 (supl. Depressão), 1999. p.6-11.

DINIZ, R. W. et al . O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em usuários sob cuidados paliativos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* , São Paulo, v. 52, n. 5, out. 2006 298-303. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 2 dez 2008. doi: 10.1590/S0104-42302006000500014.

DJERNES, J.K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.*, 2006; 113:372-87.

FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados.

Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007. disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1597/1837>. Acesso em: 19 jun 2008.

GAVARD, J. A.; LUSTMAN, P. J.; CLOUSE, R. E. Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 1993, v.16, p.1167-78.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GUIMARÃES, J.M.N.; CALDAS, C.P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev. bras. epidemiol.* , São Paulo, v. 9, n. 4, 2006 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000400009&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago 2008. doi: 10.1590/S1415-790X2006000400009.

GUTIÉRREZ, M.G.R.; ADAMI, N.P.; CASTRO, R.A.P.; FONSECA, S.M. Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.33-39, jul 2000.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul v.29 n.1 Porto Alegre jan./abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000100008&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 15 jun 2008.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade – 2006**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&id_pagina=1, 2007. Acesso em: 21 out 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, Brasil: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>. Acessado em: 23 set 2008.

_____. **Quimioterapia**. Rio de Janeiro, Brasil: 1993. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=101. Acesso em: 23 out 2008.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. **O que é câncer**. 2008. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 23 out 2008.

JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. R. P.; MONEGO, E. T. **Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira**. Arq Bras Cardiol [online] 2007, v. 88, n. 4, p. 452-457. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 out 2009. doi: 10.1590/S0066-782X2007000400015.

KALACHE, A. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10): 2503-2505, out, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 27 out 2008.

KALACHE, A. Future Prospects for Geriatric Medicine in Developing Countries. In: TALLIS, R.C.; FILLIT, H.M.; BLOCKLEHURST, J.C. (eds). **Blocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**. 5. ed. London: Churchill Livingstone, p. 1513-1520, 1998.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S, M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, 2003; v.19, p.735-43.

LINHARES, C.R.C.; COELHO, V.L.D.; GUIMARÃES, R. M.; CAMPOS, A.M.; CARVALHO, N.T. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, v.16, n.2, p.319-326, 2003.

MASLUCAN; J. D.; MAEKI, R. S.; PINEDO, L.V.; MALPARTIDA, H.K.; FALCONI, L. H.; ZEVALHOS, J. C.; CANO, M. G. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia . **Acta Medica Peruana** 23(3) 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em: 18 jul 2008.

MARUYAMA SAT, ZAGO MMF. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005 março-abril; 13(2):216-22. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 30 out 2008.

MEIRELES, V. C.; MATSUDA, L.M.; COIMBRA, J. A. H.; MATHIAS, T. A. F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em **Enfermagem Saúde e Sociedade**. [periódico na Internet]. 2007 Abr [citado 2008 Jun 07]; 16(1): 69-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 30 out 2008.

MERHY, E. E.; ONOKO, R. Praxis en salud: un desafio para lo público. São Paulo (SP): HUCITEC; 1997.

MOREIRA, R. O. et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2003 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 out 2009. doi:10.1590/S0004-27302003000100005.

OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública** vol.40 no. 4 São Paulo Aug. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 19 ago 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

_____. **Ciudades globales amigables con los mayores**: una guía. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>. Acesso em: 30 jun 2008.

_____. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas p.5-14, 1993.

_____. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10ª revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas**. Washington: 2007, p.482. Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=97>. Acesso em: 30 set 2008.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. **Histórico e natureza do estudo**. In: LEBRÃO & DUARTE (org). O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. OPAS, 2003. 255p.

PARADELA, M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública** [periódico da internet], 2005, 39(6): 918-23. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 27 jun 2008.

PAVARINI, S. C. I; MENDIONDO, M. S. Z. DE; BARHAM, E. J. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.3, p.398-402, jul./set. 2005.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, vol. 42, no. 1, pp. 41-48. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 16 set 2008.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Revista Acta Scientiarum**: Maringá, v. 24, n. 3, p. 713-717 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2498/1668>. Acesso em: 25 nov 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002 p.271.

RIBEIRO, P.; LAKS, J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Revista de psiquiatria**, Porto Alegre, v.29, n.1,jan./abr. 2007.

RIVERO DE GUTIERREZ, M. G.; ADAMI, N. P.; CASTRO, R. A. P. *et al.* Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.3, p.33-39, jul. 2000.

RODRIGUES, et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.536-45, jul./set. 2007.

RODRIGUES, M. A. **Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde.** 2009. [Tese de Doutorado]- Universidade Federal de Pelotas.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde.** 3.ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1988.

SCALCO, A. Z. et al. Hypertension and depression. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 3, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 27 out 2009. doi: 10.1590/S1807-59322005000300010.

SECRETARIA ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Expectativa de vida.** Disponível em: http://www.scp.rs.gov.br/uploads/Expect_vida_0103.xls, 2003. Acesso em: 20 out 2008.

SERBY M, Y.U.M. Overview: depression in the elderly. **Mt Sinai J Med**, v.70, p.38-44, 2003.

SHEIKH JI, YESAVAGE JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin Gerontol** 1986;5:165-173.

SILVA, M. C. F. da; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JUNIOR, M. L. da. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2003, vol.11, n.1, pp. 7-13. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11 out 2009.

SOUSA, R. L.; MEDEIROS, J.G.M.; MOURA, A.C.L.; SOUZA, C.L.M. MOREIRA, I.F. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 30 set 2008. doi: 10.1590/S0047-20852007000200005

TAVARES, D. M. S.; DRUMOND, F. R; PEREIRA, G. A. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.2, p.342-9, abr./jun. 2008.

TOLEDO, E.H.R.; DIOGO, M.J.D. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o autocuidado no início da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 9 set 2008. doi: 10.1590/S0104-11692003000600002.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica.** Colombia: Carvajal; 1982.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. da; ALBERTINA, B. Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém formados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p.665-71, out./dez. 2008.

TUESCA-MOLINA, Rafael et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas: Baranquilla, Colombia. **Rev. Esp. Salud Pública** [online]. 2003, v.77, n.5, p. 595-604, 2003.

UNITED NATIONS. **World population ageing**. New York, 2007. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/wpp2007.htm>. Acesso em: 20 out 2008.

_____. **World population prospects: The 2006 Revision**. 2007. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/FS_ageing.pdf. Acesso em: 20 out 2008.

VISENTIN, A; LABRONICI, L; LENARDT, M.H. Autonomia do usuário idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paul Enferm**, v.20,n.4,p.509-13, 2007.

YAN, L.L.; LIU, K.; MATTHEWS, K. A. et al. Psychosocial factors and risk of hypertension; the coronary artery risk development in young adults. **JAMA** [online]. 2003, v.290, n.16, p.2138-48. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/290/16/2138>. Acesso em: 27 out 2009.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v.17, p.37-49, 1983.

ZAITUNE, M. P. A. BARROS, M. B. A. CÉSAR, C. L. G. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.285-294, fev. 2006

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Relatório do Trabalho de Campo

Pelotas – RS – Brasil
2009

Sumário

1 Introdução.....	57
2 Elaboração dos Instrumentos.....	58
2.1 Questionários.....	58
2.2 Manuais.....	58
3 Amostragem.....	58
4 Seleção e treinamento da equipe.....	59
4.1 Equipe técnica do projeto.....	59
5 Logística anterior ao trabalho de campo.....	59
6 Coleta de dados.....	60
7 Controle de qualidade.....	61
8 Elaboração do Banco de dados e digitação.....	61
9 Análise dos dados.....	61

1 Introdução

Este relatório foi elaborado a partir das atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo para a coleta de dados do projeto de mestrado intitulado “Prevalência e fatores associados a depressão em idosos com doenças crônicas” como parte do Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Projeto que está aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o número 28/2008 e no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL sob o número 30/2009.

O objetivo deste projeto foi investigar a prevalência e os fatores associados com a depressão em idosos com idade igual ou superior aos 60. Para caracterizar a depressão nesta população foi considerado o escore maior que seis na aplicação da Escala de Depressão Geriátrica – 15 itens.

A amostra da pesquisa envolveu idosos que frequentavam a Unidade de Quimioterapia do HE da UFPEL e idosos com doenças crônicas cadastrados na Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família – Simões Lopes. Utilizou-se uma abordagem transversal com a aplicação de questionários estruturados a cada uma das amostras.

O trabalho de campo da pesquisa teve início em outubro de 2008 com a elaboração dos questionários e manuais, e foi encerrado em agosto de 2009 com a finalização das coletas e da digitação dos dados.

Ressalta-se que todo o processo de trabalho de campo foi realizado a partir de um esforço conjunto do grupo que integra o Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). E, a concretização deste projeto se tornou possível devido ao apoio e estímulo dos professores da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, ao esforço contínuo dos acadêmicos e mestrandos que se fizeram presentes em todas as etapas da pesquisa. Salienta-se também as parcerias realizadas com os serviços, contribuindo neste percurso.

Em especial o agradecimento a orientadora que junto à mestranda idealizou esta pesquisa, pelo seu apoio incondicional e por manter-se presente e disponível em todos os momentos, e a co-orientadora por disponibilizar o seu projeto, compartilhando saberes.

2 Elaboração dos Instrumentos

Para esta pesquisa foram elaborados dois questionários com seus respectivos manuais, um direcionado aos idosos com câncer atendidos no ambulatório de quimioterapia do HE-UFPEL e outro para os idosos com doenças crônicas que freqüentavam a Unidade Básica de Saúde – Simões Lopes.

2.1 Questionários

No período de outubro de 2008 a fevereiro de 2009 os questionários foram construídos e reconstruídos diversas vezes com o apoio de um grupo de aproximadamente 15 pessoas participando deste processo através de reuniões quinzenais, neste grupo estavam presentes professores, enfermeiros, mestrandos e acadêmicos, contou-se ainda com respaldo de um estatístico.

No início de março do presente ano com uma versão estruturada do questionário foi realizada uma capacitação sobre trabalho de campo com o grupo, na qual, ainda foi identificada a necessidade de pequenas reformulações a fim de primar pela qualidade dos dados. Após todas as reformulações foi realizado um teste piloto com 11 idosos de ambas as unidades.

Como no teste piloto não surgiram problemas, os questionários foram finalizados em sua última versão em março de 2009, salienta-se que as entrevistas realizadas no teste piloto não fizeram parte da amostra da pesquisa.

2.2 Manuais

A partir de janeiro de 2009, concomitante a construção dos questionários foram elaborados os manuais de instrução para os coletadores e que também serviram de suporte para os digitadores.

Nos manuais haviam os códigos dos coletadores, dos serviços, as explicações para cada questão do questionário e suas respectivas codificações. Além disso, ele trazia orientações acerca da abordagem correta para cada questão e sobre o preenchimento das mesmas.

3 Amostragem

A amostra da pesquisa foi composta por idosos com câncer em tratamento quimioterápico no HE-UFPEL e idosos com doenças crônicas, cadastrados e que freqüentam a UBS - Simões Lopes, totalizando 546 idosos. Foram realizadas no serviço de quimioterapia 246 entrevistas e na UBS 300 entrevistas.

4 Seleção e treinamento da equipe

Nos meses de dezembro de 2008 a março de 2009 os acadêmicos integrantes do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces – NUCRRIN, núcleo de pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL, passaram por capacitações sobre pesquisa quantitativa, instrumentos de pesquisa e trabalho de campo.

Após a realização das oficinas de capacitação os interessados se submeteram a uma seleção com entrevista e prova escrita, na qual 13 acadêmicos foram selecionados para participarem, sendo nove coletadores e quatro digitadores. Duas mestrandas supervisionaram continuamente o trabalho de campo, participando da construção dos instrumentos, supervisionando as coletas e as digitações, e desempenhando quando necessário estas funções. Todos passaram ainda por duas capacitações sobre *Epi-Info* 6.04.

Foi acordado com o grupo a realização de reuniões diárias com a supervisora de campo e a cada três dias com ambas supervisoras a fim de manter o dialogo continuo entre o grupo, avaliar o andamento do trabalho de campo, identificar necessidades, sanar dúvidas e manter a equipe motivada para a pesquisa.

4.1 Equipe Técnica do Projeto

Estiveram envolvidas nesta pesquisa duas coordenadoras docentes, a orientadora e a co-orientadora, professoras da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL, duas supervisoras mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FEO/UFPEL, uma bolsista de iniciação científica, 13

acadêmicas de enfermagem da FEO/UFPEL selecionadas previamente, e um epidemiologista para o suporte estatístico.

5 Logística anterior ao trabalho de campo

Com a finalidade de facilitar o trabalho de campo dos coletadores e supervisores foi feito contato com os enfermeiros do serviço de quimioterapia previamente para discutir a metodologia de trabalho e com os enfermeiros da UBS para organizar espaços de trabalho, montar as agendas com antecedência e saber detalhes da comunidade. Foram também realizadas visitas das coordenadoras nos campos para fortalecer o vínculo entre as equipes e os pesquisadores.

6 Coleta de dados

Para a realização das entrevistas os coletadores receberam um crachá, carta de apresentação, prancheta, uma pasta com lápis, borracha, caneta, apontador, folhas de ofício, manual, questionários, envelopes e para a equipe de coletadores da UBS um mapa do bairro com as micro-áreas do serviço. Durante todo o período de coleta houve a supervisão nos campos por duas mestrandas, a coleta de dados ocorreu no primeiro e início do segundo semestre de 2009.

A coleta de dados com idosos cadastrados no serviço de quimioterapia foi realizada por três coletadoras previamente capacitadas. As entrevistas ocorreram no serviço, antes, durante e após receberem o tratamento, foram individuais, mediante a aplicação de um questionário estruturado.

As coletadoras recebiam previamente a agenda com o nome dos idosos e os turnos que estariam no serviço, para favorecer a abordagem. Os dados referentes ao tratamento eram coletados do prontuário. No final de cada turno as coletadoras registravam o nome e o número do prontuário dos indivíduos entrevistados, e ainda idosos que não compareceram ou recusar, a fim de favorecer a organização e o controle dos dados coletados.

Na UBS as entrevistas foram realizadas no domicílio, individualmente, mediante a aplicação de um questionário estruturado, por sete coletadores capacitados previamente. Antes de iniciar a coleta de dados as supervisoras

elaboravam listas com os endereços e número de prontuário dos idosos com doenças crônicas cadastrados na unidade.

A equipe de coletadores também preenchia um livro de registros diários com o nome do entrevistado e número do prontuário, nome e endereço dos domicílios em que não foram atendidos, recusas e óbitos. Os coletadores receberam apoio dos agentes comunitários para a realização das visitas em locais considerados de risco e para agendamento de algumas visitas.

Os questionários preenchidos eram entregues diariamente as supervisoras que realizavam a conferência e codificação das questões abertas. E após a realização de aproximadamente 50% das entrevistas iniciou-se a digitação dos dados no programa Epi Info 6.04.

7 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado a partir aplicação do questionário reduzido, através de ligações telefônicas a 10% da população do estudo, o questionário foi formulado com questões chave para identificar possíveis erros, e foi aplicado por uma pessoa treinada e que não participou da coleta de dados.

8 Elaboração do Banco de Dados e Digitação

O banco de dados foi elaborado no programa EPI-INFO pela pesquisadora e uma digitadora. Os dados sofreram dupla digitação no mesmo programa, a fim de identificar possíveis inconsistências. A digitação foi realizada por um grupo capacitado de quatro digitadores que incluiu a pesquisadora, após a digitação os dados foram transferidos para o programa *Stata* 9.0 para a realização das análises.

9 Análise dos dados

Após a realização da digitação e limpeza dos dados no *EPI-INFO* 6.04 eles foram transferidos através do programa *STATA TRANSFER* para o programa de análise *STATA* 9.0, no qual as variáveis e seus valores foram rotulados, realizou-se as freqüências simples das variáveis independentes e da variável dependente, após realizou-se a análise bi-variada através do teste de qui-quadrado.

Artigo

Prevalência e fatores associados à depressão em idosos com doenças crônicas no Sul do Brasil

Prevalence and associated factors to the depression in elderlies with chronic diseases in the South of Brazil

Prevalência de depressão em idosos crônicos

Caroline de Leon Linck – Universidade Federal de Pelotas. Autor correspondente –
Rua Santa Cruz, 3063, centro.

Celmira Lange – Universidade Federal de Pelotas

Eda Schwartz – Universidade Federal de Pelotas

Linck CL. Prevalência e fatores associados à depressão em idosos com doenças crônicas. [Dissertação] Universidade Federal de Pelotas, 2009.

Resumo

Objetivos: determinar a prevalência e os fatores associados à depressão em idosos em duas instituições de saúde na cidade de Pelotas. **Métodos:** estudo transversal e analítico de base de serviço de saúde, com os idosos atendidos na Unidade de Quimioterapia e, como grupo de comparação, foi incluído os idosos com doenças crônicas (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus) de uma Unidade Básica de Saúde. A variável dependente foi a depressão avaliada através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica - 15. **Resultados:** foram entrevistados 300 idosos na Unidade Básica de Saúde e 246 na Unidade de Quimioterapia, destes 323 mulheres e 223 homens. A prevalência de depressão foi de 24,0% na Unidade Básica de Saúde e 22,8% na Unidade de Quimioterapia ($p=0,7$). Na análise descritiva a amostra apresentou significativa diferença no sexo, e a proporção de mulheres foi maior na Unidade Básica de Saúde (68,7%). Quanto à cor da pele, predominou em ambos os serviços à branca e a maioria dos idosos independente do serviço tem companheiros. Destaca-se como semelhante entre as populações a maior escolaridade como fator de proteção para a depressão, e a autopercepção de saúde como regular a ruim relacionada positivamente com a depressão. Na Unidade Básica de Saúde houve associação positiva para a depressão nos idosos com renda mais baixa e que não têm a perspectiva de cuidador em casa, enquanto na Unidade de Quimioterapia a depressão está associada com o gênero, sendo maior no sexo feminino, a viver sem companheiro, à falta de religião definida e à perda de familiar ou amigo no último ano. **Conclusões:** Os resultados indicam a importância de definir a depressão como uma prioridade em saúde pública, frente aos usuários de Unidades Básicas de Saúde e aos em tratamento quimioterápico, implementando-se políticas de saúde direcionadas a prevenção da depressão nestes idosos.

Palavras – chave: Idoso; Depressão; Enfermagem.

Abstract

Objectives: to determine the prevalence and the associated factors to the depression in elderlies in two institutions of health in the city of Pelotas. **Methods:** transversal and analytical base study of service of health, with the elderlies assisted in the Chemotherapy Unit and, as comparison group, it was included the elderlies with chronic diseases (Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus) of a Basic Unit of Health. The dependent variable was the appraised depression through the application of the Geriatric Depression Scale - 15. **Results:** 300 elderlies were interviewed in the Basic Unit of Health and 246 in the Chemotherapy Unit, of these 323 women and 223 men. The depression prevalence was 24,0% in the Basic Unit of Health and 22,8% in the Chemotherapy Unit ($p=0,7$). In the descriptive analysis the sample presented significant difference in the sex, and the women's proportion was larger in the Basic Unit of Health (68,7%). As for the color of the skin, it prevailed the white in both services and most of the elderlies independent of the service has companions. It stands out as similar among the populations the largest education as protection factor for the depression, and the self-perception of health as regular to bad related positively with the depression. In the Basic Unit of Health there was positive association for the depression in the elderlies with lower income and those that don't have perspective of a home caretaker, while in the Chemotherapy Unit the depression is associated with the gender, being larger in the feminine sex, living without companion, the lack of defined religion and relative's loss or friend in the last year. **Conclusions:** The results indicate the importance of defining the depression as a priority in public health, front to the users of Basic Units of Health and to that ones in chemotherapeutic treatment, being implemented politics of health addressed to the prevention of the depression in these elderly ones.

Key Words : Elderly; Depression; Nursing.

Introdução

A depressão configura-se no contexto atual como o transtorno afetivo mais comum na população mundial, apresenta elevada prevalência e recorrência em diferentes faixas etárias, configurando-se um grave problema de saúde pública e influenciando no aumento dos índices de suicídio ⁽¹⁾; o que se reflete também na população idosa. Além disso, a depressão está relacionada à elevação de custos tanto para os idosos como para a seguridade social e, ainda, causa conflitos familiares, alteração no convívio social, isolamento e agravo de doenças pré-existentes^(2,3).

Em três estudos nacionais, sendo um realizado no Ceará com 220 idosos atendidos na rede de atenção primária, a prevalência de depressão foi de 32,7%⁽ⁱ⁾, em outro, em dois estados da Região Sul com 1891 idosos residentes em áreas de

ⁱ Castelo MS. Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Unidades Primárias de Saúde na cidade de Fortaleza, Ceará. [Dissertação] Universidade Federal do Ceará, Fortaleza 2004.

abrangência de Unidades Básicas de Saúde, a prevalência de depressão foi de 30,8%⁽⁴⁾. E, no que foi realizado em um hospital público de Porto Alegre com 60 pacientes internados na Unidade de Geriatria foi identificado uma prevalência de 46% de depressão⁽²⁾.

Atrelado a esse cenário tem-se o envelhecimento populacional, que vem ocorrendo de maneira progressiva nas últimas décadas. Entre 1950 e 2025 a população idosa do Brasil aumentará em 15 vezes, gerando repercussões sociais, culturais, políticas e econômicas^(5,6); contribuindo para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Entre essas doenças, destaca-se a depressão como morbidade de grande impacto na saúde global dos idosos^(7,8).

Nesse cenário de mudanças demográficas e epidemiológicas a enfermagem precisa direcionar o seu olhar aos idosos, a fim de contribuir para a manutenção da saúde dessa parcela da população, compreendendo que o cuidado deve englobar as necessidades físicas, psicossociais, emocionais e espirituais de cada indivíduo e, ainda, as suas relações familiares e sociais.

A realização desse estudo é de extrema relevância, pois desenvolver pesquisas de base de serviços de saúde pode contribuir para implementação de estratégias de prevenção da depressão em idosos com doenças crônicas nas instituições de saúde. Entende-se que conhecer a prevalência e os fatores associados à depressão na população idosa acometida por doenças crônicas, nos serviços ambulatoriais de quimioterapia e na rede de atenção primária à saúde, favorece a abordagem precoce da depressão.

Sabe-se que a depressão vai ser a segunda causa de incapacidade em nível mundial nos próximos anos⁽⁹⁾, no entanto, constata-se ainda uma lacuna a ser preenchida frente às escassas pesquisas nessa temática. Com os resultados da pesquisa, pretende-se ampliar a literatura acerca dessa problemática e subsidiar a prática dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem, no que se refere à ações preventivas e à intervenção precoce na depressão.

A partir desse contexto, o estudo teve o objetivo de investigar a prevalência e os fatores associados à depressão em idosos em duas instituições de saúde na cidade de Pelotas, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em versão reduzida (GDS-15). Partindo-se da hipótese que a prevalência de depressão em idosos em tratamento quimioterápico ambulatorial é maior do que

em idosos com doenças crônicas atendidos em uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

A cidade de Pelotas, RS apresenta uma população estimada para 2009 de 345.179 habitantes, dos quais aproximadamente 48.687 serão idosos. Em percentuais, equivale a 14,1% da população, quando a média nacional estimada para 2009 é de 10,1% da população ⁽¹⁰⁾. É a cidade pólo da macro-região, prestando assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a cerca de 1.062.240 habitantes ⁽¹¹⁾.

Trata-se de um estudo transversal e analítico de base de serviço de saúde, com os idosos atendidos na Unidade de Quimioterapia (UQ) vinculada ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esta Unidade se constitui em um centro de referência para o tratamento do câncer no município de Pelotas e na região, realizando atualmente, em média, 30 sessões diárias de quimioterapia.

Neste estudo, como grupo de comparação foram incluídos os idosos com doenças crônicas (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus), usuários de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBS), não sendo realizado pareamento. Para a seleção da UBS foi escolhida uma das 17 que possuíam a estratégia de saúde da família. A seleção foi realizada por conveniência, considerando-se o vínculo da mesma com a UFPel e que estivesse localizada numa região com uma quantidade considerável de idosos. A UBS selecionada está localizada no bairro Simões Lopes, área urbana, conta com três equipes de Saúde da Família, que foram implantadas no ano de 2002. Abrange uma média de aproximadamente 10.500 habitantes.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerando um poder de 80%, um erro tipo 1 (alfa) de 5%, uma relação não exposto (UBS) / exposto (UQ) de 1:1 e uma razão de prevalência (RP) de 1,50. A amostra mínima necessária seria de 218 indivíduos em cada instituição de saúde, com esse tamanho de amostra a prevalência esperada de depressão entre idosos em tratamento oncológico ambulatorial seria de 39%. Acrescentando 10% de amostra por possíveis recusas e outro 15% para controle para fatores de confusão, a amostra final necessária foi de 273 indivíduos em cada um dos grupos.

A variável dependente nesta pesquisa foi a depressão avaliada através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica na versão reduzida de 15 itens (EDG-15), elaborada na Inglaterra em 1986⁽¹¹⁾, que já foi traduzida para o português e validada no Brasil⁽⁶⁾. As perguntas que compõem a GDS foram formuladas de modo a evitar a esfera das queixas somáticas e o ponto de corte utilizado nesse estudo foi seis, conforme validação de vários autores^(2,3,12,13).

Como variáveis independentes foram consideradas: sexo, idade (organizada em categorias de 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos ou mais), cor da pele auto-referida foi coletada de acordo com as categorias usadas pelo IBGE e posteriormente dicotomizadas (branca ou outras), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), religião (com religião definida / sem religião definida) e escolaridade em anos completos de estudo (0 a 4 anos, de 5 a 8 anos e 9 ou mais). A renda familiar mensal foi coletada como variável contínua e posteriormente gerada a variável renda per capita, que foi dividida em tercís. Foram coletadas também as morbidades preexistentes (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), a autopercepção de saúde (péssima/má, regular, boa/muito boa), a perda de familiar ou amigo no último ano (sim ou não), a presença de cuidador (sim ou não) e a atividade ocupacional (remunerada ou não).

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram dois questionários, um aplicado aos idosos que frequentavam a UBS e outro para os idosos da UQ. Estes questionários continham 65 e 54 questões pré-codificadas respectivamente, como parte do questionário estava a GDS-15. As entrevistas foram realizadas individualmente por entrevistadoras previamente capacitadas, sendo seis na UBS e três na quimioterapia, totalizando nove, todas acadêmicas de enfermagem. As entrevistadoras realizavam duas tentativas de abordagem dos sujeitos e as supervisoras realizavam o terceiro contato, quando necessário.

Os idosos da UQ foram eleitos a partir dos agendamentos para a realização do tratamento, sendo abordados por ordem de chegada, fizeram parte da amostra todos os idosos que conseguiam se comunicar verbalmente no período da coleta. Na UBS os idosos foram eleitos a partir das fichas de cadastro dos agentes comunitários de saúde das três áreas de abrangência da unidade. Foram igualmente entrevistados todos os idosos que conseguiam se comunicar verbalmente, que procuraram atendimento por alguma doença crônica (hipertensão arterial, diabetes mellitus) e que realizaram mais do que dois atendimentos na UBS no último ano.

O controle de qualidade dos dados foi realizado por meio de ligações telefônicas a 10% dos usuários selecionados. A entrada dos dados foi no programa *Epi Info* 6.04, mediante a dupla digitação, a fim de detectar possíveis inconsistências, posteriormente os dados foram transferidos através do *Stata transfer* para o pacote estatístico *Stata* 9.0 para a realização da análise.

Inicialmente se realizou a análise descritiva das variáveis do estudo, sendo consideradas significativas as associações com valores de $p \leq 0,05$. No segundo momento usando a regressão de Poisson foram calculadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, com os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), testando por tendência ou heterogeneidade, segundo a natureza das variáveis. Para as análises ajustadas foi usado um modelo hierárquico que considerou quatro níveis de determinação. No primeiro nível foram incluídas as variáveis demográficas: sexo, cor da pele, idade, situação conjugal e religião. No segundo nível foram incluídas variáveis socioeconômicas: escolaridade, renda familiar e atividade ocupacional. No terceiro nível foram incluídas a perda de familiar ou amigo no último ano e a presença de cuidador domiciliar. E finalmente, no quarto nível encontra-se a autopercepção de saúde.

A fim de controlar possíveis fatores de confusão, o efeito de cada variável independente sobre o desfecho foi controlado para as variáveis do mesmo nível ou de níveis acima no modelo hierárquico.

Esse projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas sob o número 30/2009. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por cada um dos participantes da pesquisa, garantindo o sigilo e o direito de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Resultados

Foram entrevistados 546 idosos (300 na UBS e 246 na UQ), destes 323 mulheres e 223 homens. As perdas e recusas totalizaram 4,2%.

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra dos idosos atendidos na UBS e na UQ, de acordo com as variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.

Tabela 1: Descrição da amostra dos idosos com doenças crônicas atendidos na UBS e na Quimioterapia conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.

	UBS (N=300) %	QUIMIOTERAPIA (N=246) %	Valor p*
Sexo			
Masculino	31,3	52,4	<0,001
Feminino	68,7	47,6	
Cor			
Branca	68,3	78,5	0,009
Outras	31,7	21,5	
Idade			
60 – 69	45,0	53,6	0,09
70 – 79	39,7	35,8	
80 e mais	15,3	10,6	
Situação conjugal			
C/companheiro	52,3	65,8	0,002
S/companheiro	47,7	34,2	
Religião			
C/religião	95,0	94,3	0,8
S/religião	5,0	5,7	
Escolaridade			
0 – 4	48,3	54,9	0,03
5 – 8	39,8	28,6	
9 e mais	11,9	16,5	
Renda Familiar per capita (Reais)	465 (232,5-500)†	465 (310-650)†	0,2**
Atividade ocupacional Remunerada			
Sim	13,7	11,4	0,4
Não	86,3	88,6	
Atividade ocupacional não remunerada			
Sim	23,7	26,8	0,4
Não	76,3	73,2	
Perda de familiar ou amigo (último ano)			
Sim	50,7	50,0	0,9
Não	49,3	50,0	
Cuidador em casa			
Sim	93,0	94,3	0,6
Não	7,0	5,7	
Diabético			
Sim	24,9	17,9	0,001
Não	69,3	82,1	
Hipertenso			
Sim	90,7	58,1	<0,001
Não	9,3	47,9	
Auto percepção de saúde			
Péssima/Má	7,8	5,3	0,2
Regular	47,0	41,9	
Ótima/Boa	45,3	52,9	
Depressão			
Sim	24,0	22,8	0,8
Não	76,0	77,2	

* Teste de Qui-quadrado exato de Fisher ** Teste de Qui-quadrado para valores acima da mediana
† Mediana (intervalo interquartil)

A amostra apresentou significativa diferença no sexo: a proporção de mulheres foi maior na UBS (68,7%). Quanto à cor da pele, predominou a branca em ambos os serviços, sendo que entre os idosos da UQ essa diferença foi maior. A maioria dos idosos, independente do serviço, vive com companheiro (a), entre os que vivem sem companheiros a porcentagem é maior na amostra da UBS 47,7%. Observa-se, ainda, que os idosos da quimioterapia apresentam maior tempo de escolaridade.

As duas amostras foram semelhantes em relação à idade com média de 70,4 anos (dp 7,38). Não houve diferenças significativas quanto à religião, visto que praticamente toda a população estudada apresenta religião definida. A média da renda foi igual nas amostras e, em relação ao desenvolvimento de atividade ocupacional, não houve diferenças entre as populações estudadas. No que tange a perda de familiar ou amigo no último ano, metade de ambos os grupos referiram perdas. Quanto à necessidade de presença de cuidador domiciliar, mais de 90% dos idosos teriam pelo menos um cuidador nas duas populações. Aproximadamente mais do que três quartos de idosos de ambas as amostras classificam sua saúde como regular e boa.

Ressalta-se que a prevalência de depressão foi de 24,0% na UBS e 22,8% na Unidade de Quimioterapia, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,7$).

A Tabela 2 apresenta a análise bruta e ajustada da prevalência de depressão em idosos atendidos na UBS conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada da prevalência de depressão em idosos com doenças crônicas atendidos na UBS conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde. Pelotas, 2009.

Nível	Variáveis	N	Análise Bruta			Análise Ajustada*	
			%	RP(IC95%)	Valor p**	RP(IC95%)	Valor p**
1	Sexo						
	Masculino	94	21,3	1,00	0,5	1,00	0,7
	Feminino	206	25,2	1,19(0,75-1,87)		1,10(0,67-1,80)	
	Cor						
	Branca	205	25,9	1,00	0,3	1,00	0,2
	Outras	95	20,0	0,77(0,49-1,23)		0,73(0,46-1,15)	
	Idade						
	60 – 69	135	26,7	1,00	0,6	1,00	0,5
	70 – 79	119	21,0	0,79(0,50-1,23)		0,77(0,49-1,20)	
	80 ou mais	46	23,9	0,90(0,50;1,61)		0,81(0,44;1,49)	
	Situação conjugal						
	Com companheiro	157	20,4	1,00	0,1	1,00	0,08
	Sem companheiro	143	28,0	1,37(0,91;2,06)		1,44(0,96;2,16)	
	Religião						
Com religião	285	23,5	1,00	0,4	1,00	0,3	
Sem religião	15	33,3	1,42(0,67-2,99)		1,53(0,73-3,20)		
2	Escolaridade						
	0 – 4	130	29,2	1,00	0,02†	1,00 ^a	0,007†
	5 – 8	107	15,0	0,51(0,30-0,87)		0,52(0,31-0,88)	
	9 e mais	32	12,5	0,43(0,16-1,11)		0,39(0,15-1,00)	
	Renda Familiar						
	1ª Tercil	96	33,3	1,00	0,03†	1,00	0,009†
	2ª Tercil	109	21,1	0,63(0,40-1,00)		0,65(0,41-1,03)	
	3ª Tercil	83	16,9	0,51(0,29-0,88)		0,50(0,29-0,86)	
	Atividade ocupacional remunerada						
	Sim	41	19,5	1,00	0,5	1,00	0,7
	Não	259	24,7	1,27(0,66-2,44)		1,15(0,59-2,25)	
	Atividade ocupacional não remunerada						
	Sim	71	19,7	1,00	0,4	1,00	0,7
	Não	229	25,9	1,28(0,76-2,16)		1,10(0,65-1,84)	
3	Perda de familiar ou amigo (último ano)						
	Não	152	19,7	1,00	0,08	1,00	0,1
	Sim	148	28,4	1,44(0,95-2,17)		1,37(0,92-2,05)	
	Cuidador em casa						
Sim	279	22,2	1,00	0,003	1,00	0,006	
Não	21	47,6	2,14(1,30-3,53)		2,07(1,23-3,47)		
4	Autopercepção de saúde						
	Ótima/Boa	136	10,3	1,00	<0,001†	1,00	<0,001†
	Regular	141	29,8	2,89(1,66-5,06)		2,62(1,51-4,56)	
Má/Péssima	23	69,6	6,76(3,83-11,9)		5,84(3,27-10,4)		

RP – razão de prevalência ; IC95% - intervalo de confiança de 95%

* Análise ajustada para outras variáveis do mesmo nível ou de nível superior com valor p <0,20

** Teste de Wald de heterogeneidade † Teste de Wald de tendência

a)Ajustada para variáveis do nível 1, mas não usada para ajuste das outras do mesmo nível ou de nível inferior

Está demonstrado nesta tabela que quanto maior a escolaridade menor o risco de depressão. Percebe-se que quanto maior a renda menor a prevalência de depressão. Em idosos que não têm perspectiva de cuidador em casa e com auto-percepção de saúde de regular a péssima, a depressão é mais freqüente. Ressalta-se nesta tabela que a análise ajustada não alterou os valores demonstrados na análise bruta.

Na Tabela 2, as variáveis sexo, cor, idade, situação conjugal, religião, atividade ocupacional e perda de familiar ou amigo no último ano não mostram associação em ambas as análises.

A Tabela 3 apresenta a análise bruta e ajustada da prevalência de depressão em idosos atendidos na Unidade de Quimioterapia, conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde. A depressão está associada com sexo, sendo maior entre as mulheres. Nessa tabela também se observa que viver sem companheiro e não ter religião definida associa-se a maior prevalência de depressão. A menor escolaridade está associada à maior freqüência de depressão. A perda de familiar ou amigo e a percepção de saúde como regular estão relacionadas com a maior prevalência de depressão.

Tabela 3. Análise bruta e ajustada da prevalência de depressão em idosos atendidos na Unidade de Quimioterapia conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde. Pelotas, 2009.

Nível	Variáveis	N	Análise Bruta		Análise Ajustada*		
			%	RP(IC95%)	Valor p**	RP(IC95%)	Valor p**
1	Sexo						
	Masculino	129	14,7	1,00	0,002	1,00	0,02
	Feminino	117	31,6	2,15(1,31-3,52)		1,91(1,10-3,31)	
	Cor						
	Branca	193	20,7	1,00	0,1	1,00	0,4
	Outras	53	30,2	1,46(0,89-2,39)		1,26(0,78-2,03)	
	Idade						
	60 – 69	132	23,5	1,00	0,2	1,00	0,5
	70 – 79	88	18,2	0,77(0,45-1,33)		0,76(0,44-1,31)	
	80 ou mais	26	34,6	1,47(0,80;2,72)		1,12(0,64;1,96)	
Situação conjugal							
Com companheiro	162	14,8	1,00	<0,001	1,00	0,001	
Sem companheiro	84	38,1	2,57(1,62;4,07)		2,25(1,39;3,63)		
Religião							
Com religião	232	22,0	1,00	0,2	1,00	0,004	
Sem religião	14	35,7	1,62(0,77-3,42)		2,86(1,39-5,88)		
2	Escolaridade						
	0 – 4	117	23,93	1,00	0,8†	1,00 ^a	0,007†
	5 – 8	61	19,67	0,82(0,45-1,50)		0,52(0,31-0,88)	
	9 e mais	35	20,00	0,84(0,40-1,75)		0,39(0,15-1,00)	
	Renda Familiar						
	1ª Tercil	74	24,32	1,00	0,05	1,00	0,06
	2ª Tercil	74	31,08	1,28(0,75-2,16)		1,09(0,68-1,76)	
	3ª Tercil	74	13,51	0,56(0,27-1,12)		0,51(0,26-0,99)	
	Atividade ocupacional remunerada						
	Sim	28	21,43	1,00	0,9	1,00	0,7
Não	218	22,94	1,07(0,50-2,27)		0,89(0,45-1,75)		
Atividade ocupacional não remunerada							
Sim	66	15,15	1,00	0,1	1,00	0,1	
Não	180	25,56	1,69(0,90-3,15)		1,65(0,90-3,02)		
3	Perda de familiar ou amigo (último ano)						
	Não	123	15,5	1,00	0,008	1,00	0,04
	Sim	123	30,1	1,94(1,19-3,19)		1,71(1,02-2,86)	
	Cuidador em casa						
Sim	232	20,3	1,00	<0,001	1,00	0,1	
Não	14	64,3	3,17(1,99-5,06)		1,68(0,87-3,24)		
4	Autopercepção de saúde						
	Ótima/Boa	130	14,62	1,00	<0,001	1,00	0,04
	Regular	103	33,01	2,26(1,37-3,72)		1,91(1,15-3,18)	
Má/Péssima	13	23,08	1,58(0,54-4,64)		1,56(0,50-4,86)		

RP – razão de prevalência ; IC95% - intervalo de confiança de 95%

* Análise ajustada para outras variáveis do mesmo nível ou de nível superior com valor p <0,20

** Teste de Wald de heterogeneidade † Teste de Wald de tendência

a Ajustada para variáveis do nível 1, mas não usada para ajuste das outras do mesmo nível ou de nível inferior

Na Tabela 3 as variáveis religião e escolaridade não mostram associação na análise bruta, mas, após a análise ajustada mostraram-se representativas. A

variável cuidador em casa mostrou-se associada à depressão na análise bruta, mas quando ajustado os fatores de confusão perdeu a significância. E, as variáveis, cor, idade, renda familiar e atividade ocupacional não apresentaram associação com a depressão em nenhuma das análises.

Discussão

A depressão é considerada um problema de saúde pública e o desenvolvimento de pesquisas sobre depressão no idoso se constitui em uma importante ferramenta para os profissionais de saúde. De acordo com estudos, a prevalência de depressão em idosos na comunidade pode variar de 1 a 15% e em idosos hospitalizados pode chegar a 45%⁽³⁾.

Entre as vantagens desse estudo está a temática abordada, pois a discussão acerca da depressão em idosos é extremamente relevante no contexto brasileiro, por ser uma doença de alta prevalência na população idosa, embora não faça parte do envelhecimento normal, contribuindo para a diminuição da autonomia e da independência dos idosos.

Além disso, no levantamento bibliográfico realizado não foi encontrado estudos que avaliassem a depressão na população idosa em tratamento quimioterápico ambulatorial. Outro fator positivo desta pesquisa foi o pequeno percentual de recusas, principalmente por se tratar de uma população de idosos que tende a recusar mais as pesquisas em geral. Como limitação cita-se e a dificuldade para a inferência causal por se tratar de um estudo transversal.

Um dado importante da pesquisa foi que a prevalência de depressão não apresentou diferença significativa entre as amostras, sugerindo que os idosos em tratamento quimioterápico ambulatorial assemelham-se aos idosos com doenças crônicas usuários da Unidade Básica de Saúde, no que se refere à presença de depressão. Refutando a hipótese inicial de que a depressão seria maior nos idosos em tratamento quimioterápico ambulatorial.

Infere-se que esse fato tenha relação com o perfil da população estudada, pois, embora não se tenha realizado pareamento entre os idosos da pesquisa, o perfil das duas populações contribuiu para que as prevalências fossem similares. O câncer é uma doença crônica assim como o diabetes mellitus e a hipertensão

arterial, nesse sentido, a prevalência de depressão nas duas populações apresentou-se semelhante, mesmo tratadas em serviços diferentes.

Outro fator que pode ter contribuído para as prevalências encontradas neste estudo são às expectativas dos usuários frente à problemática da doença crônica, ou seja, os idosos com câncer por não estarem em fase terminal podem apresentar expectativa de cura, enquanto os hipertensos e diabéticos não.

Em uma pesquisa realizada com 1.120 idosos em um ambulatório de geriatria de Salvador – Bahia identificou-se como prevalência de depressão 23,4%⁽⁷⁾ o que vai ao encontro dos achados desta pesquisa, tanto para a amostra da UBS quanto para a da quimioterapia, reforçando o que foi colocado anteriormente.

Em um estudo realizado na cidade de São Paulo com 62 pacientes oncológicos em tratamento paliativo, identificou-se que 68% dos indivíduos apresentavam pelo menos um tipo de depressão⁽¹⁴⁾. E, em outra pesquisa realizada nos Estados Unidos com usuários hospitalizados por câncer na faixa etária de 18 a 70 anos, a prevalência foi de 42%⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se que essas diferenças podem ser explicadas pelo fato dos sujeitos dos estudos supracitados estarem em fase terminal ou hospitalizados, enquanto os dessa pesquisa estavam realizando tratamento ambulatorial e apresentavam perspectiva de cura, o que pode mobilizar uma maior vontade de viver e de vencer a doença, minimizando os riscos de depressão.

Além disso, fatores como o estágio da doença e a fase do tratamento podem alterar as prevalências de depressão⁽¹⁵⁾. A partir da literatura consultada, também é possível perceber diferenças importantes entre os idosos que estão hospitalizados e os que freqüentam serviços ambulatoriais ou de Atenção Primária a Saúde.

Na pesquisa realizada com 285 usuários atendidos na Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás – GO, a prevalência de depressão encontrada foi de 20%⁽¹⁶⁾, sendo semelhante à deste estudo; já na pesquisa realizada com 1891 idosos de áreas de abrangência de UBS de 21 municípios da região Sul do Brasil a prevalência encontrada para depressão foi de 30,8%⁽⁴⁾.

O rastreio, diagnóstico e tratamento de depressão em idosos com doenças crônicas pode melhorar a qualidade de vida desses e de seus familiares⁽¹⁷⁾, favorecendo a auto-estima e a autonomia dos idosos. Salienta-se que o profissional enfermeiro desempenha um papel de destaque na detecção e encaminhamento de possíveis casos, pois atua diretamente com o usuário e seus familiares na prestação

do cuidado, principalmente durante a quimioterapia e o atendimento dos usuários crônicos na UBS.

No que se refere aos fatores associados à depressão, a escolaridade se destaca neste estudo como fator de proteção significativo em ambas as populações, assim como em outros estudos^(18,19), ressaltando a importância dos determinantes sociais de saúde para o desenvolvimento ou não da depressão. Entende-se por determinantes sociais de saúde os fatores socioeconômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que promovem influência no surgimento das doenças e de seus fatores de risco na população⁽²⁰⁾.

Destaca-se também a relação positiva entre depressão e auto-percepção de saúde como regular a péssima, o que pode sugerir que a percepção do idoso acerca de sua própria saúde é um marcador para a saúde ou doença mental, independente da situação física^(21,4). A depressão pode alterar de forma expressiva o modo como os idosos se percebem frente à sociedade e ao grupo social a que pertencem, distorcendo também sua auto-percepção de saúde/doença, desta forma esta variável emerge como um fator de grande relevância nos estudos que avaliam a prevalência de depressão.

Na amostra da UBS, se identificou a associação entre a depressão e a renda, salientando-se que a renda é inversamente proporcional ao desfecho, o que vai ao encontro de um estudo de base populacional realizado na cidade de Pelotas – RS com 583 idosos⁽¹⁸⁾, reforçando a importância dos determinantes sociais em saúde. Enfatiza-se que o enfermeiro precisa estar familiarizado com os determinantes de saúde a fim de prestar uma assistência mais qualificada a esses idosos.

Percebe-se também nessa população que a falta de perspectiva de um cuidador em casa influencia de forma negativa a vida dos idosos, elevando a frequência da depressão. Esta falta de cuidador domiciliar pode ser reflexo dos novos arranjos familiares ocorridos nas últimas décadas, quando as mulheres, que são consideradas as principais cuidadoras, passam a exercer outras funções como a de provedoras do lar⁽²²⁾. Outro aspecto que pode estar associado à falta de cuidador é as condições socioeconômicas desta população, uma vez que muitos idosos não têm condições de contratar cuidadores externos, devido à falta de recursos financeiros.

Na amostra da UQ o sexo feminino, ausência de companheiro, falta de religião definida e perda de familiar ou amigo no último ano se apresentam como variáveis associadas à depressão. Nesta população a depressão é duas vezes mais prevalente entre as mulheres, e este aumento de frequência já foi evidenciada em outros estudos^(2,19).

A elevada prevalência de depressão entre as mulheres pode ter relação com a feminilização do envelhecimento, com a maior procura das mulheres aos serviços de saúde⁽²³⁾, favorecendo o diagnóstico e com as características sociais e psicológicas próprias das mulheres, que favorecem a verbalização de seus sentimentos.

Neste estudo foi identificado que os idosos que vivem sem companheiro apresentam o dobro de possibilidades de desenvolver a depressão. No estudo realizado num ambulatório público do Rio de Janeiro com 302 idosos, os autores encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que viviam sem companheiros⁽¹²⁾, acredita-se que estas associações podem estar relacionadas à solidão e ao isolamento social, que alguns idosos sem companheiros podem experimentar.

Na população da UQ também se evidenciou associação entre a depressão e a falta de religião definida. Entende-se que a crença religiosa pode colaborar de forma positiva na manutenção da saúde mental dos idosos, principalmente quando estes são acometidos por uma enfermidade crônica, uma vez que o curso lento e gradual da doença gera desgastes físicos e psicológicos nos indivíduos.

Outro fator que ganha destaque nessa população é a associação positiva entre depressão e perda de familiar ou amigo no último ano, o que pode ser explicado pela maior vulnerabilidade e fragilidade deste grupo, que apresenta uma doença crônica considerada historicamente mais grave, e ainda, porque o câncer é visto, pela população em geral, como sinônimo de morte. Esta variável também foi discutida em outro estudo, que aponta os eventos cotidianos como tendo importante relação com os transtornos afetivos⁽¹⁹⁾.

Os resultados indicam a importância de definir a depressão como uma prioridade em saúde pública, frente aos usuários de serviços da Rede de Atenção Primária em Saúde e aos em tratamento quimioterápico, implementando-se políticas de saúde direcionadas à prevenção da depressão nestes idosos.

Recomenda-se a utilização da Escala de Depressão Geriátrica por parte dos profissionais de saúde dos serviços para a realização do rastreamento de possíveis casos de depressão, para classificação de risco e encaminhamento precoce ao tratamento, minimizando o sofrimento e os riscos para estes idosos.

Sugere-se ainda, a realização de futuros estudos que abordem a diferença de riscos, sendo realizados com grupos de comparação que não apresentem doenças crônicas e com amostras maiores, que possibilitem um maior detalhamento na análise dos dados.

Referências

- 1 Fleck MPA, et al. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo: 2009:31 (suplemento): S7-17
- 2 Ferrari J, Dalacorte R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 2007, jan/mar. 17(1):3-8.
- 3 Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 1999; 57(2-B): 421-426
- 4 Rodrigues MA. Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Pelotas, 2009.
- 5 Kalache A, Gray JAM. Health problems of older people in the developing world. In: Pathy, M.S.J., ed. *Principles and practice of geriatric medicine*. Chichester, John Wiley & Sons, 1985. p. 1279-87.
- 6 Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21:200-10, 1987.
- 7 Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):691-700, mar, 2007.
- 8 Serby MYUM. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003; 70:38-44.
- 9 Organização Mundial Da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. 60p.
- 10 Ministério da Saúde. *Cadernos de informação de saúde*. Instituto de Geografia e Estatística, Censos e Estimativas. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acessado em: 04 de agosto de 2009.

11 Pelotas, Secretaria Municipal de Pelotas. Plano Municipal de Saúde 2007-2009. Pelotas, 2007.

12 Paradela MP, Lourenço R A, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de saúde publica [periódico da internet], 2005, 39(6): 918-23. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600008. Acessado em: 27 de junho de 2008.

13 Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986; (5): 165-173.

14 Diniz RW, Gonçalves MS, Bensi CG, Campos AS, Del Giglio A, Garcia JB, Et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em usuários sob cuidados paliativos. Revista da Associação Médica Brasileira 2006; 52(5): 298-303.

15 Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in Hospitalized Cancer Patients. Psychosomatic Medicine 1984; 46(3):199-212.

16 Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM, et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em Centro de referência no tratamento de Hipertensão arterial. Rev Psiquiatr RS. 2007;29(2):161-168.

17 Lloyd-Williams M. Depression—the hidden symptom in advanced cancer. Journal of the Royal Society of Medicine 2003;96(12):577–581. Disponível em: Acessado em: 08 de agosto de 2009.

18 Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(3): 145-9.

19 Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em uma população idosa no sul do Brasil. Revista de Saúde Pública 2004;38(3):365-71.

20 Buss PM, PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, [periódico da internet]. 2007 Rio de Janeiro, 17(1):77-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 27 de outubro de 2009

21 Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública 2002;36(4):431-8
População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006

22 Giacomini KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2005 Feb [cited 2009 Aug 08]; 21(1): 80-91. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100010&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100010.

23 Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 58-71.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces
Hospital Escola – UFPel



“Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”

Questionário para o PACIENTE ONCOLÓGICO

1. Número do questionário	nquest __ _
2. Unidade hospitalar	uhosp _
3. Coletador (a) _____ Código: __ Data da entrevista: __/__/_____ Horário da entrevista: __; __h	codcol __ dent __/_ _/_____
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
4. Qual o seu nome? _____ _____ Qual seu endereço? _____ _____ Qual o seu telefone/contato? _____	
5. Qual a sua data de nascimento? __/__/____	dnasc __ /__/__ __
6. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (1) Masculino (2) Feminino	sex _
7. Qual a sua cor ou raça? (CITE AS OPÇÕES) (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (4) outra – Qual? _____	cor _
8. Qual o seu atual estado civil? (CITE AS OPÇÕES) (1) Casado (2) Solteiro (3) Desquitado ou separado judicialmente (4) Viúvo (5) Divorciado (6) Outro – Qual? _____ (9) IGN	estaciv _
9. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? (CITE AS OPÇÕES) (1) Sim (2) Não, mas viveu (3) Nunca viveu (9) IGN	conj _
10. Em qual município o Sr. (a) reside? _____	munires _ _

UF: _ _ _	uf _ _
11. Qual a sua procedência? (CITAR AS OPÇÕES) (1) Rural (campanha) (2) Urbana (cidade)	proced _ _
12. O (a) Sr (a) sabe ler? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 15	ler _
13. Até que série ou ano completou? _____ (88) NSA (99) IGN	seriean _ _
14. Quantos anos completos e aprovados de estudo o usuário tem? _ _ (NÃO FAZER ESTA PERGUNTA) (88) NSA	anosc _ _
15. O (a) senhor (a) é aposentado? (0) Não (1) Sim	apos _
16. O (a) Sr.(a) desenvolve trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 19.	trabr _
17. Qual o seu vínculo empregatício? (1) formal (2) informal (8) NSA	vincul _
18. O (a) Sr. (a) pode descrever sua atividade ocupacional remunerada? (88) NSA _____ _____	ocpar1 _ _ ocpar2 _ _
19. O (a) senhor (a) desenvolve trabalho não remunerado? (0) Não (1) Sim Se NÃO pule para a questão 21.	trabn _
20. O (a) Sr. (a) pode descrever sua atividade ocupacional não remunerada? (88) NSA _____ _____	aocpn 1 _ _ aocpn 2 _ _
21. Qual a sua principal (maior) fonte de renda? (CITE AS OPÇÕES) (01) emprego (02) renda familiar (03) renda do cônjuge/companheiro (04) benefício (ex: pensão, auxílio doença) (05) aposentadoria (06) aluguel de imóveis (07) outro – Qual? _____	rendfo _ _
22. Qual a sua renda mensal (em reais)? _____, _ _	renda _ _ _ _ _ _
23. Qual a renda mensal da sua família? _____, _ _	rendaf _ _ _ _ _ _
24. Quantas pessoas dependem da renda mensal da família – incluindo o (a) senhor (a)? _ _	depend _ _

25. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo o (a) senhor (a)? _ _	npesoas _ _
26. Qual a sua religião? (0) não tem (1) católica (2) protestante (3) espírita (4) umbanda (5) evangélica (6) pentecostais (7) outros – Qual? _ _ _ _ _ _ _ _	rel _
27. O (a) Sr. (a) tem filhos? (0) Não () número de filhos	filh _ _
BLOCO B – DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES E FATORES DE RISCO	
28. O (a) senhor (a) tem doenças do coração?	(0) Não (1) Sim (9) IGN docor _
29. O (a) senhor (a) tem Diabetes ou açúcar alto no sangue?	(0) Não (1) Sim (9) IGN dm _
30. O (a) senhor (a) tem Pressão Alta?	(0) Não (1) Sim (9) IGN has _
31. O (a) senhor (a) tem outros problemas de saúde?- Qual? _ _ _ _ _ _ _ _	(0) Não (1) Sim (9) IGN outros _
BLOCO E – SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE	
32. Em geral o (a) senhor (a) diria que sua saúde é? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) Péssima (2) Má (3) Regular (4) Boa (5) Ótima (9) IGN	saud _
33. Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING	sahoj _
34. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING	saout _
35. Se precisar de cuidados o (a) Sr. (a) tem alguém que possa lhe cuidar? (0) Não (1) Sim	Cuida _

Se NÃO pule para a questão 83 .			
36. Quem é essa pessoa que cuida ou poderia cuidar do (a) Sr. (a)? (CITE AS OPÇÕES) (8) NSA			
Esposo (a) ou companheiro (a)	(0)Não (1) Sim		cudesp _
Filho (a)	(0)Não (1) Sim		cudaf _
Irmão (a)	(0)Não (1) Sim		cudair _
Pais	(0)Não (1) Sim		cuipai _
Vizinho (a)	(0)Não (1) Sim		cudavi _
Uma pessoa contratada	(0)Não (1) Sim		cudape _
Outros – Quais? _____	(0)Não (1) Sim		cudout _
BLOCO – F AGORA VAMOS FALAR SOBRE OS SENTIMENTOS			
ATENÇÃO: Se o entrevistado ficar em dúvida pergunte novamente, ressaltando que esses sentimentos se referem ao que ele apresenta na <i>maioria dos dias</i> . Repita as opções NÃO e SIM em cada uma das perguntas.			
37. O (A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(1)Não (0) Sim		ssatis _
38. O (A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0)Não (1) Sim		sinter _
39. O (A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0)Não (1) Sim		svazia _
40. O (A) Sr.(a) se aborrece com frequência?	(0)Não (1) Sim		saborr _
41. O (A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(1)Não (0) Sim		shumor _
42. O (A) Sr.(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(0)Não (1) Sim		smedo
43. O (A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(1)Não (0) Sim		ssaid _
44. O (A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0)Não (1) Sim		sfeliz _
45. O (A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0)Não (1) Sim		snova _
46. O (A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0)Não (1) Sim		spmem _
47. O (A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo?	(1)Não (0) Sim		smvivo _
48. O (A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0)Não (1) Sim		sinut _
49. O (A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(1)Não (0) Sim		Sener _
50. O (A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0)Não (1) Sim		sespe _
51. O (A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(0)Não (1) Sim		smelh _

52. O (a) senhor (a) teve alguma perda de familiar ou amigo no último ano? (0) Não (1) Sim	perd _
53. Quem foi à pessoa que o (a) senhor (a) perdeu? _____ _____ _____ (88) NSA	perdq __
54. A entrevista foi realizada: (1) Antes da quimioterapia (2) Durante a quimioterapia (3) Após a quimioterapia	entrq _
<p>Hora do término: _ : _</p> <p>OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!</p>	

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados

 <p style="text-align: center;">Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces Hospital Escola – UFPEL</p>  <p style="text-align: center;"><i>“Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”</i></p> <p style="text-align: center;">Questionário para Idosos das <u>UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE</u></p>	
55. Número do questionário	nquest ___
56. Unidade Básica de Saúde (1) Simões Lopes (2) Outra Qual? _____	unidb _
57. Coletador (a) _____ Código: __ Data da entrevista: __/__/_____ Horário da entrevista: __; __h	codcol __ dent __/__/_____
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
58. Qual o seu nome? _____ Qual seu endereço? _____ Qual o seu telefone/contato? _____	
59. Qual a sua data de nascimento? __/__/_____	dnasc __/__/_____
<i>AS QUESTÕES 6 e 7 DEVERÃO SER COLETADAS DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO</i>	
60. Número do prontuário: _____	npront _____
61. Qual a idade do usuário em anos completos? ___ (FAZER O CÁLCULO)	idade ___
62. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (1) Masculino (2) Feminino	sex _
63. Qual a sua cor ou raça? (CITE AS OPÇÕES) (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (4) outra – Qual? _____	cor _
64. Qual o seu atual estado civil? (CITE AS OPÇÕES) (1) Casado (2) Solteiro (3) Desquitado ou separado judicialmente (4) Viúvo (5) Divorciado (6) Outro – Qual? _____ (9) IGN	estaciv_
65. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? (CITE AS OPÇÕES) (1) Sim (2) Não, mas viveu (3) Nunca viveu (9) IGN	conj _
66. Em qual município o Sr. (a) reside? _____ UF: _____	munires __ uf __
67. Qual a sua procedência? (CITE AS OPÇÕES)	proced __

(1) Rural (campanha) (2) Urbana (cidade)	
68. O (a) Sr(a) sabe ler? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 20 .	ler _
69. Até que série ou ano completou? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	seriean __
70. Quantos anos completos e aprovados de estudo o (a) idoso (a) tem? __ (NÃO FAZER ESTA PERGUNTA) (88) NSA	anosc __
71. O (a) senhor (a) é aposentado? (0) Não (1) Sim	apos _
72. O (a) Sr.(a) desenvolve trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 23 .	trabr _
73. Qual o seu vínculo empregatício? (1) formal (2) informal (8) NSA	vincul _
74. O (a) Sr.(a) pode descrever sua atividade ocupacional remunerada? (88) NSA _____ _____	ocupar1 __ ocupar2 __
75. O (a) senhor (a) desenvolve trabalho não remunerado? (1) Não (1) Sim Se NÃO pule para a questão 26 .	trabn _
76. O (a) senhor (a) pode ser descrever sua atividade ocupacional não remunerada? (88) NSA _____ _____	aocpnr __ aocpnr __
77. Qual a sua principal (maior) fonte de renda? (CITE AS OPÇÕES) (01) emprego (02) renda familiar (03) renda do cônjuge/companheiro (04) benefício (ex: pensão, auxílio doença) (05) aposentadoria (06) aluguel de imóveis (07) outro – Qual? _____	rendfo __
78. Qual a sua renda mensal (em reais)? _____, __	renda _____, __
79. Qual a renda mensal da sua família? _____, __	rendaf _____, __
80. Quantas pessoas dependem da renda mensal da família – incluindo o (a) senhor (a)? __	deprend __
Quantas pessoas moram na sua casa incluindo o (a) senhor (a)? __	npesoas __

81. Qual a sua religião? (0) não tem (1) católica (2) protestante (3) espírita (4) umbanda (5) evangélica (6) pentecostais (7) outros – Qual? _____	rel _
82. O (a) Sr. (a) tem filhos? (0) Não () número de filhos	filh _
BLOCO D – SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE	
83. Em geral o (a) senhor (a) diria que sua saúde é? (CITE AS OPÇÕES) (1) Péssima (2) Má (3) Regular (4) Boa (5) Ótima (9) IGN	saud _
84. Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é? (CITE AS OPÇÕES) (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING	sahoj _
85. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é? (CITE AS OPÇÕES) (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING	saout _
86. O (A) Sr (a) tem pressão alta e/ou precisa usar medicamentos para controlar a pressão? (0) Não (1) Sim (9) IGN Se NÃO pule para a questão 76.	press _
87. O (a) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA.	rem _
88. Há quanto tempo o (a) Sr (a) sabe que tem pressão alta ou usa medicamento para controlar? __ anos __ meses (88) NSA	presst _ _ _
89. O (a) Sr. (a) usa outras formas de tratamento, para a pressão, além do indicado pelo médico? (0) Não (1) Sim (8) NSA Se Não pule para a questão 75.	tratou _
90. Quais são as outras formas de tratamento? _____ _____ _____ (88) NSA	htrou1 _ _ htrou2 _ _ htrou3 _ _

<p>91. O (a) Sr. (a) frequenta algum grupo (associação) de hipertensos?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	hgrupo _
<p>92. O (a) Sr (a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>Se NÃO pule para a questão 82.</p>	diab _
<p>93. O (a) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para diabetes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	diabr _
<p>94. Há quanto tempo o (a) Sr (a) sabe que tem diabetes? __ anos __ meses</p> <p>(88) NSA</p>	diabt _ _ _
<p>95. O (a) senhor (a) usa outras formas de tratamento para o diabetes além do indicado pelo médico?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Se NÃO pule para a questão 81.</p>	Dtratou _
<p>96. Quais são essas outras formas? _____</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA</p>	dtrou1 __ dtrou2 __ dtrou3 __
<p>97. O (a) Sr. (a) frequenta algum grupo (associação) de diabéticos?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	dgrupo1_
<p>98. O (a) senhor (a) tem algum outro problema de saúde? (0) Não (1) Sim</p> <p>Se NÃO pule para a questão 84.</p>	probls _
<p>99. Qual (is) o (s) outro (s) problema de saúde que o (a) senhor (a) tem? _____</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA</p>	qprob __
<p>100. Quantos remédios <u>diferentes</u> o (a) Sr (a) toma por dia? __</p>	rem __
<p>101. Se precisar de cuidados o (a) Sr. (a) tem alguém que possa lhe cuidar?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Se NÃO pule para a questão 90.</p>	cuid _

102. Quem é essa pessoa que cuida ou poderia cuidar do (a) Sr. (a)?				
<i>(CITE AS OPÇÕES)</i>	(8) NSA			
Esposo (a) ou companheiro (a)	(0) Não	(1) Sim		cuides _
Filho (a)	(0) Não	(1) Sim		cuidf _
Irmão (a)	(0) Não	(1) Sim		cuidi _
Vizinho (a)	(0) Não	(1) Sim		cuidpc _
Pais	(0) Não	(1) Sim		
Uma pessoa contratada	(0) Não	(1) Sim		cuidou_
Outros – Quais? _____	(0) Não	(1) Sim		cuidvi _
BLOCO – F AGORA VAMOS FALAR SOBRE OS SENTIMENTOS				
ATENÇÃO: Se o entrevistado ficar em dúvida pergunte novamente, ressaltando que esses sentimentos se referem ao que ele apresenta na <i>maioria dos dias</i> . Repita as opções NÃO e SIM em cada uma das perguntas.				
103. O (A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(1)Não	(0) Sim		ssatis _
104. O (A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0)Não	(1) Sim		sinter_
105. O (A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0)Não	(1) Sim		svazia _
106. O (A) Sr.(a) se aborrece com frequência?	(0)Não	(1) Sim		saborr _
107. O (A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(1)Não	(0) Sim		shumor _
108. O (A) Sr.(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(0)Não	(1) Sim		smedo
109. O (A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(1)Não	(0) Sim		ssaid _
110. O (A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0)Não	(1) Sim		sfeliz _
111. O (A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0)Não	(1) Sim		snova _
112. O (A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0)Não	(1) Sim		spmem _
113. O (A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo?	(1)Não	(0) Sim		smvivo _
114. O (A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0)Não	(1) Sim		sinut _
115. O (A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(1)Não	(0) Sim		Sener _
116. O (A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0)Não	(1) Sim		sespe _
117. O (A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(0)Não	(1) Sim		smelh _
118. O (a) senhor (a) teve alguma perda de familiar ou amigo no último ano?				perd _

(0) Não (1) Sim	
119. Quem foi à pessoa que o (a) senhor (a) perdeu? ----- ----- (88) NSA	pperd __
120. A entrevista foi realizada: (1) No domicilio (2) Na UBS	entrr _
Hora do término: __:__	
OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!	

APÊNDICE C – Manual para os coletadores da quimioterapia



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Departamento de Enfermagem



Os Clientes Oncológicos e Suas Famílias e Sistemas de Cuidado nas Condições Crônicas

Manual do Instrumento: PACIENTE ONCOLÓGICO

ATENÇÃO

- ⇒ Você deverá entrevistar usuário s oncológicos com idade igual ou superior a 60 anos.
- ⇒ Você deverá entrevistar **TODOS OS USUÁRIO S ONCOLÓGICOS** com 60 anos ou mais, que realizam quimioterapia no Hospital Escola – UFPEL que **SAIBAM O SEU DIAGNÓSTICO**.
- ⇒ Você deverá entrevistar usuário s oncológicos que não apresentam dificuldades de comunicação.
- ⇒ Ao iniciar, apresente-se, fale porque você está ali, e pergunte se o usuário oncológico deseja participar, dizendo-lhe da importância da participação dele, explicando o objetivo do estudo (*Investigar a prevalência e os fatores associados com a depressão em idosos com idade igual ou superior aos 60 anos*).
- ⇒ Desejando participar do estudo ele deverá assinar o consentimento livre e esclarecido.
- ⇒ Ao iniciar uma entrevista, tente concluí-la sem interrupções.
- ⇒ Preencha o questionário a lápis, a codificação **deverá ser realizada a lápis e após a revisão da supervisora** será **confirmado** pelo coletador de dados.
- ⇒ **PREENCHA O QUESTIONÁRIO COM LETRA LEGÍVEL**
- ⇒ Não faça codificação durante a entrevista.
- ⇒ **Em caso de dúvida anote tudo no questionário e busque o supervisor de campo.**
- ⇒ **Porte sempre o crachá de identificação e o jaleco.**

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

1. Número do questionário

* TODO QUESTIONÁRIO TERÁ UM NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO com três dígitos iniciando em 001, seguindo em seqüência.

2. Unidade Hospitalar: ___

* Deve-se preencher a Unidade Hospitalar com o número 1.

3. Coletador (a): _____

* Complete com seu nome e código correspondente.

Data da entrevista: __/__/____ **Horário de início da entrevista** __ : __ h

* Preencha a data e horário do início da entrevista, utilizando a formatação da data (dd/mm/aaaa) para a codificação.

* Hora do início da entrevista deve ser escrita no modo 24 horas, exemplo: 03:15 horas da tarde, deve ser codificada como 15:15

horas.

*** Código dos coletadores:**

Aline Viegas – 01

Amanda Borges – 02

Ana Júlia Fernandes – 03

Andréia Burille – 04

Bianca dos Santos – 05

Juliana Iturriet – 06

Lúcio Galvão – 07

Niviane Eidam – 07

Suélen Leite – 09

Julyane Felipette – 10

4. Qual o seu nome? _____

* Preencha com o nome, por extenso, do usuário oncológico, explicando a ele que o nome é somente para o controle de qualidade, que seu sigilo/ anonimato estão assegurados.

Endereço: _____ **Bairro**

Preencha com o endereço do usuário oncológico – é importante que este dado seja o mais preciso possível.

Telefone residencial: (__) _____ **Telefone celular:** (__) _____

Preencha com o número de telefone residencial e/ou celular do usuário oncológico, especificando o código de área.

5. Qual é a sua data de nascimento: __/__/____

* Registre a data de nascimento do usuário oncológico, com dia, mês e ano, utilizando 4 dígitos no ano (ex: 15/04/1950)

6. Sexo

* Marque o sexo do usuário oncológico sem questionar. Caso você fique em dúvida, questione-o.

7. Qual a sua cor ou raça? As opções estão de acordo com o IBGE.

* Cite as opções de cor ou raça e pergunte ao usuário oncológico em qual ele se encaixa. Assinale a alternativa que corresponda à percepção do usuário. Caso ele cite outra cor ANOTE com letra **LEGÍVEL**.

- (1) branca (2) amarela
 (3) preta (4) parda
 (5) indígena (6) outra, qual? _____

8. Qual o seu atual estado civil? As opções estão de acordo com o IBGE.

- (1) Casado (2) Solteiro (3) Desquitado ou separado judicialmente
 (4) Viúvo (5) Divorciado (6) Outro – Qual? _____ (9) IGN

* Cite as opções ao usuário oncológico e pergunte qual o seu estado civil atual, sem esquecer-se de assinalar a alternativa correspondente, caso ele cite outro anote com letra **LEGÍVEL** tudo que o entrevistado referir.

* Considerar desquitado quando o casal está em processo de divórcio, quando o processo é encerrado definitivamente considerar divorciado.

9. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? As opções estão de acordo com o IBGE.

- (1) Sim (2) Não, mas viveu (3) Nunca viveu (9) IGN

* Assinale a alternativa referida pelo usuário oncológico.

10. Em qual município o (a) Sr. (a) reside? _____

UF __

* Registrar com letra legível o município e a unidade da federação de residência do usuário oncológico.

* Caso o usuário oncológico questionar sobre o que considerar Unidade da Federação, pergunte o estado onde mora.

11. Qual a sua procedência? (1) Rural (2) Urbana

* Faça a pergunta e cite as opções.

* Se o usuário oncológico questionar sobre o que considerar procedência perguntar se ele vêm da zona rural (do campo ou campanha) ou urbana (da cidade).

* Reforçar perguntando aonde viveu a maior parte de sua vida.

12. O senhor (a) sabe ler?

* Faça a pergunta e registre a resposta em (0) Não ou (1) Sim.

* Se **Não** pule para questão **15**, assinalando nas questões número **13 e 14** NSA (88).**13. Até que série ou ano completou? __ série ou ano*** Deverá apenas ser anotado o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça esse dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para **CALCULAR E CODIFICAR DEPOIS**. Você deverá basear seu cálculo na tabela abaixo:**CODIFICAÇÃO DOS ANOS COMPLETOS DE ESTUDO (seriean __) PÓS ENTREVISTA ESPECIFICAR OUTRAS OPÇÕES**

Primeiro grau completo ou Ensino Fundamental = 8 anos de estudo

Segundo grau completo ou Ensino Médio= 11 anos de estudo

Terceiro grau completo (superior completo) = 15 anos de estudo

Primário completo = 5 anos de estudo

Ginasial completo = 8 anos de estudo

Científico completo = 11 anos de estudo

Primeiro livro = 1 ano de estudo

Segundo livro = 2 anos de estudo

Terceiro livro = 3 anos de estudo

Quarto Livro = 4 anos de estudo

Mobrau = alfabetização

* Somente devem ser **CONTADOS OS ANOS COM APROVAÇÃO**

* Pessoas com cursos de especialização, mestrado e doutorado devem ser codificados com 17 anos de estudo.

* Pré - escola, jardim e maternal não devem ser levados em consideração.**14. Quantos anos completos e aprovados de estudos o (a) usuário oncológico tem?*** Esta questão será calculada na codificação.**15. O (a) senhor (a) é aposentado?**

* Faça a pergunta e registre a resposta em Não ou Sim.

16. O (a) senhor (a) desenvolve trabalho remunerado?* Faça a pergunta e registre a resposta em Não ou Sim. Se **Não** pule para a questão **19**, assinalando nas questões número **17 e 18** NSA (88).**17. Qual o seu vínculo empregatício?**

* Faça a pergunta e registre o vínculo empregatício do (a) usuário oncológico.

(1) formal (2) informal

* Se o (a) usuário oncológico manifestar dúvida sobre a palavra informal, pergunte se ele realiza biscates ou faz bico.

18. O (a) senhor (a) pode descrever sua atividade ocupacional remunerada. NÃO CODIFIQUE ESTA QUESTÃO.

* Faça a pergunta e descreva a atividade ocupacional do usuário oncológico.

19. O (a) senhor (a) desenvolve trabalho não remunerado?

* Faça a pergunta e registre não ou sim. Se **NÃO** pule para a questão 21.

20. O (a) senhor (a) pode descrever sua atividade ocupacional. NÃO CODIFIQUE ESTA QUESTÃO.

* Faça a pergunta e descreva a atividade ocupacional do usuário oncológico.

21. Qual a sua principal fonte de renda?

* Cite as opções ao usuário oncológico e pergunte qual a sua principal fonte de renda. Registre a opção relatada pelo usuário .

* Considerar renda familiar quando existe o salário de filhos, netos, pais etc.

* Considerar renda do cônjuge ou companheiro quando o (a) idoso responder apenas a do marido ou esposa.

22. Qual a sua renda mensal (em reaisⁱⁱ)?

* Faça a pergunta e registre a renda mensal do usuário oncológico **em reais**.

* Se **Não** tiver renda preencha com 00000,00

* Se o usuário oncológico **Não souber informar** considere 99999,99

23. Qual a renda mensal da sua família?

* Faça a pergunta e registre a renda mensal da família do usuário oncológico em reais.

* Se **Não** tiver renda preencha com 00000,00

* Se o usuário oncológico **Não souber informar** considere 99999,99

24. Quantas pessoas dependem da renda da família – incluindo o (a) senhor (a)?

* Faça a pergunta e registre o número de pessoas que dependem da renda, do usuário oncológico, incluindo ele.

25. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo o (a) senhor (a)? _ _

* Faça a pergunta e preencha com o número de pessoas que vivem na mesma casa do usuário oncológico.

26. Qual a sua religião?

* Faça a pergunta e registre a opção que corresponde à religião do usuário oncológico. Se o entrevistado responder outro anote tudo que for relatado com letra LEGÍVEL .

* Quando for citada Igreja Universal do Reino de Deus, Sara Nossa Terra Senhor, Igreja Quadrangular do Reino de Deus, Igreja dos Santos dos Últimos Dias, Assembléia de Deus, Igreja Renascer em Cristo, Igreja Pentecostal Deus é Amor, Exército da Salvação, Igreja Internacional da Graça de Deus, Projeto Vida Nova, codificar como Pentecostais.

27. O (a) Sr. (a) tem filhos? (0) Não () número de filhos

* Faça a pergunta, se **SIM** anote o número de filhos que a idosa relatar.

* Considerar todos os filhos nascidos vivos, embora não estejam mais vivos.

BLOCO B – DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES E FATORES DE RISCO

28. O (a) senhor (a) tem doenças do coração?

* Anote a opção referida pelo usuário oncológico. Se a pessoa referir que não tem doenças do coração marque a opção (0) "**Não**", se referir que tem doenças cardiovasculares ou do coração marque a opção (1) "**Sim**" e caso a pessoa não saiba informar marque a opção (9) "**IGN**". Considerar nesta questão doenças cardiovasculares ou do coração como Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Arritmias cardíacas, Endocardites.

29. O (a) senhor (a) tem Diabetes (DM) ou Açúcar alto no sangue?

* Anote a opção referida pelo usuário oncológico. Se a pessoa referir que não tem diabetes ou açúcar alto no sangue marque a opção (0) “**Não**”, se referir que tem diabetes marque a opção (1) “**Sim**” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção (9) “**IGN**”. Se o usuário oncológico referir que tinha diabetes, está fazendo tratamento e o açúcar vem se mantendo normal, marque a opção (1) “**Sim**”.

30. O (a) senhor (a) tem Pressão Alta e/ou toma remédio para controlar a pressão?

* Anote a opção referida pelo usuário oncológico. Se a pessoa referir que não tem pressão alta marque a opção (0) “**Não**”, se referir que tem pressão alta marque a opção (1) “**Sim**” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção (9) “**IGN**”. Se a pessoa referir que tinha pressão alta, está fazendo tratamento e a pressão vem se mantendo normal, marque a opção 1 “**Sim**”.

31. O (a) senhor (a) tem outros problemas de saúde?- qual?

* Faça a pergunta e registre TUDO QUE O USUÁRIO INFORMAR sobre outras doenças pré-existentes.

BLOCO E – SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE**32. Em geral o (a) senhor (a) diria que sua saúde é?**

* Nesta questão as opções de resposta devem ser lidas para o entrevistado.

33. Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é?

* Ao fazer a pergunta você pode substituir 12 meses atrás por um ano atrás.

* Nesta questão as **opções de resposta** devem ser lidas para o entrevistado.

(1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) IGN

34. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é?

* Esta questão tem por objetivo identificar a percepção do usuário acerca de sua saúde. Faça a pergunta **lendo as alternativas** de resposta. Se o usuário não souber responder marque a opção (9) **IGN**.

(1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) IGN

35. Se precisar de cuidados o (a) Sr. (a) tem alguém que possa lhe cuidar?

* Pretende-se saber nesta pergunta se o usuário oncológico tem alguém que possa cuidar dele, sendo que este cuidador não precisa morar na mesma casa que o usuário .

* Faça a pergunta e registre não ou sim. Se **NÃO** pule para a questão **83**e registre na questão **82** (8) **NSA**.

36. Quem é essa pessoa que cuida ou poderia cuidar do (a) Sr. (a)?

*Faça a pergunta e cite as opções aos usuário s oncológicos. Nesta pergunta pode haver mais de uma resposta.

Esposo (a) ou companheiro (a)	(0) Não	(1) Sim
Filho (a)	(0) Não	(1) Sim
Irmão (a)	(0) Não	(1) Sim
Vizinho (a)	(0) Não	(1) Sim
Pais	(0) Não	(1) Sim
Vizinho (a)	(0) Não	(1) Sim
Uma pessoa contratada	(0) Não	(1) Sim
Outros - quais? _____	(0) Não	(1) Sim

BLOCO – F AGORA VAMOS FALAR SOBRE OS SENTIMENTOS

* As questões abaixo deverão ser respondidas com **SIM** ou **NÃO**. Se o entrevistado ficar em dúvida pergunte novamente, ressaltando que esses sentimentos se referem ao que ele apresenta na MAIORIA dos DIAS.

* Se necessário refaça as perguntas, mas, **NUNCA** altere uma questão, ela deve ser lida na **ÍNTEGRA** e **SEM** alterações.

* Repita as opções **NÃO** e **SIM** em cada uma das perguntas.

- | | | |
|---|--------|---------|
| 37. O (A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida? | (1)Não | (0) Sim |
| 38. O (A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades? | (0)Não | (1) Sim |
| 39. O (A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia? | (0)Não | (1) Sim |
| 40. O (A) Sr.(a) se aborrece com frequência? | (0)Não | (1) Sim |
| 41. O (A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo? | (1)Não | (0) Sim |
| 42. O (A) Sr.(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer? | (0)Não | (1) Sim |
| 43. O (A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo? | (1)Não | (0) Sim |
| 44. O (A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída? | (0)Não | (1) Sim |
| 45. O (A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | (0)Não | (1) Sim |
| 46. O (A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria? | (0)Não | (1) Sim |
| 47. O (A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo? | (1)Não | (0) Sim |
| 48. O (A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias? | (0)Não | (1) Sim |
| 49. O (A) Sr.(a) se sente cheio de energia? | (1)Não | (0) Sim |
| 50. O (A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças? | (0)Não | (1) Sim |
| 51. O (A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você? | (0)Não | (1) Sim |

52. O (a) senhor (a) teve alguma perda de familiar ou amigo no último ano?

* Faça a pergunta e registre a resposta em sim ou não.

* Se **NÃO** encerre a entrevista.

53. Quem foi à pessoa que o (a) senhor (a) perdeu? _____ (88) NSA

*Faça a pergunta e registre tudo que o idoso relatar com letra **LEGÍVEL**.

54. A entrevista foi realizada:

* Após a entrevista registre se a mesma foi realizada antes da quimioterapia, durante ou após o tratamento.

Hora do término: __: __

APÊNDICE D – Manual para os coletadores da UBS



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Departamento de Enfermagem



Os Clientes Oncológicos e Suas Famílias e Sistemas de Cuidado nas Condições Crônicas

Manual do Instrumento: Idosos das UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

ATENÇÃO

- ⇒ Você deverá entrevistar idosos portadores de doenças crônicas prevalentes (hipertensão, diabetes ou artropatias) com idade igual ou superior a 60 anos.
- ⇒ Se você for responsável por entrevistar idosos que VENHAM até a UBS então deverá entrevistar **TODOS OS IDOSOS** portadores de doenças crônicas prevalentes (hipertensão, diabetes ou artropatias) que freqüentam as Unidades Básicas selecionadas (UBS).
- ⇒ Se você for responsável por entrevistar os idosos em suas **RESIDÊNCIAS** então deverá entrevistar todos os idosos que constarem na sua lista.
- ⇒ Você deverá entrevistar idosos que **NÃO** apresentam dificuldades de comunicação.
- ⇒ Ao iniciar, apresente-se, fale porque você está ali, e pergunte se o idoso deseja participar, dizendo-lhe da importância da participação dele, explicando o objetivo do estudo (*Investigar a prevalência e os fatores associados com a depressão em idosos com idade igual ou superior aos 60 anos*).
- ⇒ Desejando participar do estudo ele deverá assinar o consentimento livre e esclarecido.
- ⇒ Ao iniciar uma entrevista, tente concluí-la sem interrupções.
- ⇒ Preencha o questionário a lápis, a codificação **deverá ser realizada a lápis e após a revisão da supervisora** será **confirmado** pelo coletador de dados.
- ⇒ **PREENCHA O QUESTIONÁRIO COM LETRA LEGÍVEL**
- ⇒ Não faça codificação durante a entrevista.
- ⇒ **Em caso de dúvida anote tudo no questionário e busque o supervisor de campo.**

Porte sempre o crachá de identificação e o jaleco.

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

2. Número do questionário

* TODO QUESTIONÁRIO TERÁ UM NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO com três dígitos iniciando em 001, seguindo em seqüência.

3. Unidade Básica de Saúde: ___

* Deve-se preencher a Unidade Básica de Saúde com o número 2.

4. Coletador (a): _____

* Complete com seu nome e código correspondente.

Data da entrevista: __ / __ / ____ **Horário de início da entrevista** __ : __ h

* Preencha a data e horário do início da entrevista, utilizando a formatação da data (dd/mm/aaaa) para a codificação.

* Hora do início da entrevista deve ser escrita no modo 24 horas, exemplo: 03:15 horas da tarde, deve ser codificada como 15:15

horas.

* **Código dos coletadores:**

Aline Viegas – 01
 Amanda Borges – 02
 Ana Júlia Fernandes – 03
 Andréia Burille – 04
 Bianca dos Santos – 05
 Juliana Iturriet – 06
 Lúcio Galvão – 07
 Niviane Eidam – 07
 Suélen Leite – 09
 Julyane Felipette – 10

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

5. Qual o seu nome? _____

* Preencha com o nome, por extenso, do idoso, explicando a ele que o nome é somente para o controle de qualidade, que seu sigilo/ anonimato estão assegurados.

Endereço: _____

Preencha com o endereço do idoso – é importante que este dado seja o mais preciso possível.

Telefone residencial: (__) _____ **Telefone celular:** (__) _____

Preencha com o número de telefone residencial e/ou celular do idoso, especificando o código de área.

6. Qual é a sua data de nascimento: __/__/____


* Registre a data de nascimento do idoso, com dia, mês e ano, utilizando 4 dígitos no ano (ex: 15/04/1950)

* Se houver discordância acerca da data de nascimento do idoso considerar o que está descrito nos documentos do mesmo.

AS QUESTÕES 6 e 7 DEVERÃO SER COLETADAS DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

7. Número do prontuário: _____

* Preencha corretamente o número do prontuário do usuário .

* Caso o prontuário tenha menos de 5 dígitos complete com 0 (zero). Ex: se o número for 1250  01250.

8. Qual a idade do idoso em anos completos? ____

* Calcular a idade a partir da data de nascimento, após a entrevista. **NÃO CALCULAR DURANTE A ENTREVISTA.**

* Registre a idade do idoso em anos completos. Se o idoso, por exemplo, tiver 60 anos e fizer aniversário no dia seguinte à entrevista, registre 60 anos.

9. Qual o peso atual do usuário ? ____ , __ Kg (999,9) IGN

* Fazer esta pergunta ao idoso e se ele não souber responder marcar a opção (999,9) IGN.

10. Qual a altura do usuário ? ____ em centímetros (99) IGN

* Fazer esta pergunta ao idoso e se ele não souber responder marcar a opção (999,9) IGN.

11. IMC: ____ (999) IGN

* Calcular a partir da altura e do peso do idoso e se o idoso não souber responder estes dados marcar a opção (999) IGN. **NÃO CALCULE DURANTE A ENTREVISTA.**

* Calculo: deve-se dividir o peso do usuário pela altura ao quadrado. EX: 62 kg / 1,68² = 21,97

12. Sexo

* Marque o sexo do idoso sem questionar. Caso você fique em dúvida, questione-o.

13. Qual a sua cor ou raça? As opções estão de acordo com o IBGE.

* Cite as opções de cor ou raça e pergunte ao idoso em qual ele se encaixa. Assinale a alternativa que corresponda à percepção do usuário. Caso ele cite outra cor ANOTE!

- (1) branca (2) amarela
 (3) preta (4) parda
 (5) indígena (6) outra, qual? _____

14. Qual o seu atual estado civil? As opções estão de acordo com o IBGE.

- (1) Casado (2) Solteiro (3) Desquitado ou separado judicialmente
 (4) Viúvo (5) Divorciado (6) Outro – Qual? _____ (9) IGN

* Cite as opções ao idoso e pergunte qual o seu estado civil atual, sem esquecer de assinalar a alternativa correspondente, caso ele cite outro anote com letra LEGÍVEL tudo que o entrevistado referir.

* Considerar desquitado quando o casal está em processo de divórcio, quando o processo é encerrado definitivamente considerar divorciado.

15. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? As opções estão de acordo com o IBGE.

- (1) Sim (2) Não, mas viveu (3) Nunca viveu

* Cite as opções e assinale a alternativa referida pelo idoso.

16. Em qual município o (a) Sr. (a) reside? _____

UF __

* Registrar com letra legível o município e a unidade da federação de residência do idoso.

* Caso o idoso questionar sobre o que considerar Unidade da Federação, pergunte o estado onde mora.

17. Qual a sua procedência? (1) Rural (2) Urbana

* Faça a pergunta e cite as opções.

* Se o usuário oncológico questionar sobre o que considerar procedência perguntar se ele vêm da zona rural (do campo ou campanha) ou urbana (da cidade).

* Reforçar perguntando aonde viveu a maior parte de sua vida.

18. O (a) senhor (a) sabe ler?

* Faça a pergunta e registre a resposta em (0) Não ou (1) Sim.

* Se **Não** pule para questão **20**, assinalando nas questões número **18 e 19** NSA (88).

19. Até que série ou ano o (a) senhor (a) completou? __ série ou ano

* Deverá apenas ser anotado o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça esse dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para **CALCULAR E CODIFICAR**

DEPOIS. Você deverá basear seu cálculo na tabela abaixo:

* **CODIFICAÇÃO DOS ANOS COMPLETOS DE ESTUDO** (seriean ___) PÓS ENTREVISTA ESPECIFICAR OUTRAS OPÇÕES

Primeiro grau completo ou Ensino Fundamental = 8 anos de estudo

Segundo grau completo ou Ensino Médio= 11 anos de estudo

Terceiro grau completo (superior completo) = 15 anos de estudo

Primário completo = 5 anos de estudo

Ginásial completo = 8 anos de estudo

Científico completo = 11 anos de estudo

Primeiro livro = 1 ano de estudo

Segundo livro = 2 anos de estudo

Terceiro livro = 3 anos de estudo

Quarto Livro = 4 anos de estudo

* Somente devem ser **CONTADOS OS ANOS COM APROVAÇÃO**

* Pessoas com cursos de especialização, mestrado e doutorado devem ser codificados com 17 anos de estudo.

* Pré - escola, jardim e maternal não devem ser levados em consideração.

20. Quantos anos completos e aprovados de estudos o idoso tem?

* Esta questão será calculada na codificação.

21. O (a) senhor (a) é aposentado?

* Faça a pergunta e registre a resposta em (0) Não ou (1) Sim.

22. O (a) Sr.(a) desenvolve trabalho remunerado?

* Faça a pergunta e registre a resposta em Não ou Sim. Se **Não** pule para a questão **23**, assinalando nas questões número **21 e 22** NSA (88).

23. Qual o seu vínculo empregatício?

* Faça a pergunta e registre o vínculo empregatício do idoso.

24. (1) formal (2) informal

* Se o idoso manifestar dúvida sobre a palavra informal, pergunte se ele realiza biscates ou faz bico.

25. O (a) senhor (a) pode descrever sua atividade ocupacional remunerada. NÃO CODIFIQUE ESTA QUESTÃO.

* Faça a pergunta e descreva a atividade ocupacional do idoso.

26. O (a) senhor (a) desenvolve trabalho não remunerado?

*Faça a pergunta e registre não ou sim. Se **NÃO** pule para a questão **26**.

27. O (a) senhor (a) pode descrever sua atividade ocupacional. NÃO CODIFIQUE ESTA QUESTÃO.

*Faça a pergunta e descreva a atividade ocupacional do idoso.

28. Qual a sua principal (maior) fonte de renda?

*Cite as opções ao idoso e pergunte qual a sua principal fonte de renda. Registre a opção relatada pelo idoso.

29. Qual a sua renda mensal (em reaisⁱⁱⁱ)?

*Faça a pergunta e registre a renda mensal do idoso **em reais**.

*Se **Não** tiver renda preencha com 00000,00

*Se o idoso **Não souber informar** considere 99999,99

30. Qual a renda mensal da sua família?

*Faça a pergunta e registre a renda mensal da família do idoso em reais.

*Se **Não** tiver renda preencha com 00000,00

*Se o idoso **Não souber informar** considere 99999,99

31. Quantas pessoas dependem da renda da família – incluindo o (a) senhor (a)?

*Faça a pergunta e registre o número de pessoas que dependem da renda, do idoso, incluindo ele.

32. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo o (a) senhor (a)? _ _

*Faça a pergunta e preencha com o número de pessoas que vivem na mesma casa do idoso.

33. Qual a religião do (a) Senhor (a)?

*Faça a pergunta e registre a opção que corresponde à religião do idoso. Se o entrevistado responder outro anote tudo que for relatado com letra LEGÍVEL.

*Quando for citada Igreja Universal do Reino de Deus, Sara Nossa Terra Senhor, Igreja Quadrangular do Reino de Deus, Igreja dos Santos dos Últimos Dias, Assembléia de Deus, Igreja Renascer em Cristo, Igreja Pentecostal Deus é Amor, Exército da Salvação, Igreja Internacional da Graça de Deus, Projeto Vida Nova, codificar como Pentecostais.

34. O (a) Sr. (a) tem filhos? (0) Não () número de filhos

*Faça a pergunta, se **SIM** anote o número de filhos que a idosa relatar.

BLOCO D – SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE**35. Em geral o (a) senhor (a) diria que sua saúde é?**

*Nesta questão as **opções** de resposta devem ser **lidas** para o entrevistado.

36. Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é?

37. (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING

*Ao fazer a pergunta você pode substituir 12 meses atrás por um ano atrás.

*Nesta questão as **opções** de resposta devem ser **lidas** para o entrevistado.

38. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é?

(1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING

*Esta questão tem por objetivo identificar a percepção do idoso acerca de sua saúde. Faça a pergunta lendo as alternativas de resposta. Se o idoso não souber responder marque a opção (9) **IGN**.

39. O (a) senhor (a) tem Pressão Alta e/ou precisa usar medicamentos para controlar a pressão?

*Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que **não** tem pressão alta marque a opção **(0)** “Não”, se referir que tem pressão alta marque a opção (1) “**Sim**” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção (9) “**IGN**”. Se a pessoa referir que tinha pressão alta, está fazendo tratamento e a pressão vem se mantendo normal, marque a opção 1 “Sim”. Se **NÃO** pule para a questão **76**, marcando a opção (8) **NSA** nas questões de **71** a **75**.

40. O (a) Sr (a) precisa usar remédio(s) para controlar pressão?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

*Nesta questão pretende-se saber se o idoso faz uso de medicação para pressão alta. Faça a pergunta e registre não ou sim.

41. Há quanto tempo o (a) Sr (a) sabe que tem pressão alta ou precisa usar medicamentos para controlar a pressão? _ _ anos _ _ meses (88) NSA

*Faça a pergunta e registre há quanto tempo o idoso tem pressão alta. O tempo deve ser convertido em **MESES**.

42. O (a) Sr. (a) usa outras formas de tratamento, para a pressão alta, além do indicado pelo médico (chá, benzedeira, oração)?

*Pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento complementar para a pressão alta, tais como: chás, benzedeiros, ioga, etc...Se o indivíduo referir que **sim** marque a alternativa 1 “Sim”, se **não** é utilizado nenhum método complementar para o tratamento da pressão alta marque a opção 0 “Não” e **pule** para a questão **75**, codificando a questão **74** (8) **NSA**.

43. Quais são as outras formas de tratamento? _ _ _ _ _ (8) NSA

*Especificar as formas de tratamento complementar referido pelo entrevistado. Redigir o referido com letra **LEGÍVEL**.

44. O (a) Sr. (a) frequenta algum grupo (associação) de hipertensos? (8) NSA

*Faça a pergunta e registre não ou sim.

45. O senhor (a) tem Diabetes (DM) ou Açúcar alto no sangue?

*Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que **não** tem diabete marque a opção (0) "Não", se referir que tem diabete marque a opção (1) "Sim" e caso a pessoa não saiba informar marque a opção (9) "IGN". Se a pessoa referir que tinha diabete, está fazendo tratamento e o açúcar vem se mantendo normal, marque a opção (1) "Sim". Se **NÃO** pule para a questão **83**, marcando a opção (8) **NSA** nas questões de **77** a **82**.

46. O (a) Sr (a) precisa usar remédio(s) para diabetes ou açúcar elevado no sangue?

*Nesta questão pretende-se saber se o idoso faz uso de medicação para diabetes. Faça a pergunta e registre não ou sim.
(0) Não (1) Sim (8) NSA

47. Há quanto tempo o (a) Sr (a) sabe que tem diabetes ou açúcar elevado no sangue? __ anos __ meses (88) NSA

*Faça a pergunta e registre há quanto tempo o idoso sabe que tem diabetes. Converter o tempo para **MESES**.

*Se idoso referir menos de um ano complete as caselas destinadas aos anos com "0".

48. O (a) senhor (a) usa outras formas de tratamento para o diabetes além do indicado pelo médico?

*Com esta questão pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento complementar para o diabetes, tais como: chás, benzedeiros, ioga, etc. Se o indivíduo referir que **sim** marque a alternativa **1** "Sim", se **não** é utilizado nenhum método complementar para o tratamento do diabetes marque a opção **0** "Não" e pule para a questão **81**, codificando a questão **80** com (8) NSA.

49. Quais são essas outras formas? _ _ _ _

*Especificar as formas de tratamento complementar referido pelo entrevistado. Redigir o referido com letra LEGÍVEL.

50. O (a) Sr. (a) frequenta algum grupo (associação) de diabéticos?

*Faça a pergunta e registre não ou sim.

51. Você tem algum outro problema de saúde? (0) Não (1) Sim

*Faça a pergunta e registre tudo que o idoso relatar. Se **NÃO** pule para a questão **84** e registre na questão **83** (8) NSA.

52. Qual (is) o (s) outro (s) problema de saúde que o (a) senhor (a) tem? __ (8) NSA

*Faça a pergunta e registre tudo que o idoso relatar com letra **LEGÍVEL**.

53. Quantos remédios diferentes o (a) Sr (a) toma por dia? __

*Esta questão objetiva saber quantos remédios DIFERENTES o (a) idoso (a) toma por dia. Faça a pergunta e registre a resposta.

54. Se precisar de cuidados o (a) Sr. (a) tem alguém que possa lhe cuidar?

*Pretende-se saber nesta pergunta se o idoso tem alguém que possa cuidar dele, sendo que este cuidador não precisa morar na casa.

*Faça a pergunta e registre não ou sim. Se **NÃO** pule para a questão **90** e registre na questão **89** (8) **NSA**.

55. Quem é essa pessoa que cuida ou poderia cuidar do (a) Sr. (a)? (8) NSA

*Faça a pergunta e cite as opções aos idosos.

*Nesta pergunta pode haver mais de uma resposta.

(1) Esposo (a) ou companheiro (a)	(0) Não	(1) Sim
(2) Filho (a)	(0) Não	(1) Sim
(3) Irmão (a)	(0) Não	(1) Sim
(4) Vizinho (a)	(0) Não	(1) Sim

(5) Pais	(0) Não	(1) Sim
(6) Uma pessoa contratada	(0) Não	(1) Sim
(7) Outros - qual? _____	(0) Não	(1) Sim

BLOCO – F AGORA VAMOS FALAR SOBRE OS SENTIMENTOS

*As questões abaixo deverão ser respondidas com SIM ou NÃO. Se o entrevistado ficar em dúvida pergunte novamente, ressaltando que esses sentimentos se referem ao que ele apresenta na *maioria dos dias*.

*Se necessário refaça as perguntas, mas, **NUNCA** altere uma questão, ela deve ser lida na **ÍNTEGRA** e **SEM** alterações.

*Repita as opções **NÃO** e **SIM** em cada uma das perguntas.

56. O (A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(1) Não	(0) Sim
57. O (A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0) Não	(1) Sim
58. O (A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não	(1) Sim
59. O (A) Sr.(a) se aborrece com frequência?	(0) Não	(1) Sim
60. O (A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(1) Não	(0) Sim
61. O (A) Sr.(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(0) Não	(1) Sim
62. O (A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(1) Não	(0) Sim
63. O (A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0) Não	(1) Sim
64. O (A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não	(1) Sim
65. O (A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0) Não	(1) Sim
66. O (A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo?	(1) Não	(0) Sim
67. O (A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não	(1) Sim
68. O (A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(1) Não	(0) Sim
69. O (A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0) Não	(1) Sim
70. O (A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(0) Não	(1) Sim

71. O (a) senhor (a) teve alguma perda de familiar ou amigo no último ano?

*Faça a pergunta e registre a resposta em sim ou não.

*Se **NÃO** encerre a entrevista.

72. Quem foi à pessoa que o (a) senhor (a) perdeu?

*Faça a pergunta e registre tudo que o idoso relatar com letra **LEGÍVEL**.

73. A entrevista foi realizada:

*Após o término da entrevista registre a onde ela foi realizada. Se na UBS ou no domicílio do idoso.

Hora de término: __: __

**APÊNDICE E– Consentimento Livre e esclarecido
(Resolução 196/96 do Ministério da saúde)**

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo que são: Investigar a prevalência e os fatores associados com a depressão em idosos com idade igual ou superior aos 60. Descrever o perfil dos idosos em tratamento quimioterápico e entre idosos atendidos com doenças crônicas de uma UBS segundo características socioeconômicas, demográficas e de autopercepção da saúde; Determinar a prevalência de depressão dos idosos de ambas às populações utilizando a escala GDS; Avaliar os fatores associados com depressão em idosos de acordo com: sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, religião, escolaridade, renda familiar, tempo de tratamento e severidade da doença, autopercepção da saúde; Comparar as diferenças existentes na prevalência e nos fatores associados a depressão em idosos entre aqueles em tratamento quimioterápico e entre os idosos com doenças crônicas atendidas nas UBS; Identificar nesses idosos morbidades pré-existentes.

Fui igualmente informado: Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados a essa investigação; Que poderei retirar meu consentimento de participação no estudo, em qualquer momento do estudo; Da garantia do anonimato e livre acesso aos dados, conforme os princípios da Resolução 196/96 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde.

Ciente e concordando com as informações acima descritas, aceito participar do estudo, autorizo e assino o consentimento (em duas vias).

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO
PARTICIPANTE: _____

IMPRESSÃO DIGITAL: _____

RG DO
PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO
PESQUISADOR ESPONSÁVEL: _____

OBS.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com:
Universidade Federal de Pelotas - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Pesquisadora: Enf^a. Caroline de Leon Linck. Rua XV de Novembro, 209.

Centro. Pelotas-RS

CEP: 96030-002

Telefone/fax: 53-32786475. E-mail: carollinck15@yahoo.com.br

**APÊNDICE F – Consentimento Livre e esclarecido
(Resolução 196/96 do Ministério da saúde)**

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo que são: Investigar a prevalência e os fatores associados com a depressão em idosos com idade igual ou superior aos 60. Descrever o perfil dos idosos atendidos com doenças crônicas de uma UBS segundo características socioeconômicas, demográficas e de autopercepção da saúde; Determinar a prevalência de depressão nos idosos com doenças crônicas utilizando a escala GDS; Avaliar os fatores associados com depressão em idosos de acordo com: sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, religião, escolaridade, renda familiar, tempo de tratamento e severidade da doença, autopercepção da saúde; Comparar as diferenças existentes na prevalência e nos fatores associados a depressão em idosos entre aqueles em tratamento quimioterápico e entre os idosos com doenças crônicas atendidas nas UBS; Identificar nesses idosos morbidades pré-existentes.

Fui igualmente informado: Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados a essa investigação; Que poderei retirar meu consentimento de participação no estudo, em qualquer momento do estudo; Da garantia do anonimato e livre acesso aos dados, conforme os princípios da Resolução 196/96 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde.

Ciente e concordando com as informações acima descritas, aceito participar do estudo, autorizo e assino o consentimento (em duas vias).

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO
PARTICIPANTE: _____

IMPRESSÃO DIGITAL: _____

RG DO
PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO
PESQUISADOR ESPONSÁVEL: _____

OBS.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com:
Universidade Federal de Pelotas - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Pesquisadora: Enf^a. Caroline de Leon Linck. Rua XV de Novembro, 209.

Centro. Pelotas-RS

CEP: 096030-002

Telefone/fax: 53-32786475. E-mail: carollinck15@yahoo.com.br

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de ética**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 30/2009

Ilm^{o(a)} Sr.(^a): Prof^a. Dr^a. Enf^a. Celmira Lange**PARECER PROJETO DE PESQUISA**

Senhor (a) Pesquisador (a):

De acordo com a reunião deste Comitê em 20/07/2009, ata nº05/2009 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Prevalência e Fatores Associados à Depressão em Idosos com Doenças Crônicas”**.

Protocolo interno N°. 30/2009Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO****OBSERVAÇÕES:** (quando necessário):

Pelotas, 22 de julho de 2009.

Elodi dos Santos
Prof^a Enf^a Elodi dos Santos
Coordenadora CEP-FEO-UFPel
COREN-RS 22470

ANEXO B – Parecer do Comitê de ética



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2008/23

Título do projeto: Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas

Investigador(a) principal: Eda Schwartz

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 15 de maio de 2008, ata nº 03, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 19 de maio de 2008

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Pinto Albernaz'.

Profª Dra. Elaine Pinto Albernaz
Coordenadora CEP/UCPel

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)