

**José Evandro Marques Gomes**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE  
DÉFICIT COGNITIVO NA POPULAÇÃO DE SESSENTA  
ANOS E MAIS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE  
DO INTERIOR PAULISTA**

**Mestrado em Saúde Pública**

Orientadora: Prof. Adj. Tania Ruiz

**Botucatu**

**2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.



Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu - Departamento de Saúde Pública  
**Pós Graduação em Saúde Coletiva**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE  
DÉFICIT COGNITIVO NA POPULAÇÃO DE SESSENTA  
ANOS E MAIS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE  
DO INTERIOR PAULISTA**

José Evandro Marques Gomes

Orientador: Prof. Adj. Tania Ruiz

**Botucatu**

**2010**

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu - Departamento de Saúde Pública  
Pós Graduação em Saúde Coletiva**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE  
DÉFICIT COGNITIVO NA POPULAÇÃO DE SESSENTA  
ANOS E MAIS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE  
DO INTERIOR PAULISTA**

**José Evandro Marques Gomes**

Texto apresentado à Faculdade de Medicina  
de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, para  
Exame de Defesa do Mestrado em Saúde Coletiva,  
Área de Concentração em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Adj. Tania Ruiz

**Botucatu**

**2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Gomes, José Evandro Marques.

Prevalência de sintomas depressivos e de déficit cognitivo na população de sessenta anos e mais em um município de médio porte do interior paulista / José Evandro Marques Gomes. – Botucatu, 2010.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tânia Ruiz

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Idosos. 3. Geriatria – Avaliação.

Palavras-chave: Avaliação geriátrica; Demência, Depressão; Escalas; Idosos.



*Dedicatória*

*As coisas nem sempre acontecem como planejamos...*

*Cada um se esforça, planeja, sonha, com o futuro acompanhado de outras pessoas que participam de toda esta preparação. Elas abdicam de suas necessidades, seus desejos, seus sonhos, para compartilharem dos nossos. Vivem a nossa vida, pegam para si as nossas dores, nos dão colo nas nossas derrotas e nos incentivam quando ninguém mais acredita...*

*Pessoas especiais assim atendem por três letras **MÃE**.*

*Sem dúvida são o nosso esteio, a nossa fortaleza, o nosso padrão de comportamento, a influência mais importante que levamos para toda nossa vida. Como viver sem elas?*

*Dedico a você **Dona Zulmira**, minha mãe, mais esta vitória que só acontece porque a senhora acreditou em mim e que mais uma vez infelizmente não poderei dar-lhe um abraço, agradecer, comemorar em seus braços a nossa vitória.*

---



*Agradecimentos*

*Agradeço à meu Pai, que teve que trabalhar muito para bancar o meu sonho, aos meus irmãos, que durante minha vida acadêmica e profissional me ajudaram com exemplos e orientações, à minha esposa pela paciência e compreensão pelos vários dias, noites que estive ausente, aos familiares que souberam entender meu cansaço, meu mau humor e minha ausência nas reuniões familiares.*

*Agradeço à Professora Tania que aceitou a dura tarefa de ensinar um dos mais teimosos da Terra, talvez o mais teimoso, ao Professor José Eduardo que muito ajudou na análise dos dados estudados e a duas profissionais exemplares Lucilene Cabral, secretária da Saúde Coletiva e Regina Spadin, secretária da Pós-Graduação, que muito me ajudaram.*

*E o mais importante, agradeço à Deus que me deu saúde e capacidade para correr atrás dos meus sonhos.*

---



*Επίγραφε*

*“... e se somos severinos iguais em tudo na vida, morremos de morte igual, mesma morte severina: que é a morte que se morre de velhice antes das trinta, de emboscada antes dos vinte e de fome um pouco por dia...”*

*(João Cabral de Melo Neto).*

---



*Índice*

---

<b>Índice de Quadro, Gráficos e Tabelas .....</b>	<b>14</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>17</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>19</b>
<b>1. Introdução .....</b>	<b>21</b>
1.1. O Envelhecer e a Sociedade .....	22
1.2. Políticas Públicas de Saúde para o envelhecimento .....	24
1.3. História da Depressão na sociedade .....	27
1.4. História da Demência na sociedade .....	28
1.5. Avaliação Clínica do Idoso .....	30
1.6. Epidemiologia e diagnóstico da Depressão .....	31
1.7. Epidemiologia e diagnóstico da Demência .....	35
1.8. Associações entre Depressão, Demência e Doenças Crônico- Degenerativas .....	38
<b>2. Justificativa do Estudo .....</b>	<b>41</b>
<b>3. Objetivos do Estudo .....</b>	<b>43</b>
<b>4. Metodologia .....</b>	<b>45</b>
4.1. Características do Município em Estudo .....	46
4.2. Sujeitos do Estudo e Seleção da Amostra .....	48
4.3. Tipo de Estudo .....	50
4.4. Instrumentos Diagnósticos Utilizados.....	51
4.4.a Escala de Atividades da Vida Diária – AVD.....	52
4.4.b Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária.....	52
4.4.c Escala de Depressão Geriátrica.....	53
4.4.d Mini-Exame do Estado Mental – MEEM .....	54
<b>5. Análise dos Dados .....</b>	<b>57</b>
<b>6. Resultados .....</b>	<b>59</b>
6.1. Descrição Geral da Amostra .....	60
6.2. Resultados da avaliação de sintomas depressivos, déficit cognitivo, doenças crônicas e autonomia entre os idosos estudados .....	62
6.3. Associações entre idosos suspeitos de depressão ou déficit cognitivo e demais variáveis .....	66

---

<b>7. Discussão .....</b>	<b>69</b>
<b>8. Conclusões .....</b>	<b>74</b>
<b>9. Bibliografia .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>88</b>
Anexo 1 – Mini-Exame do Estado Mental .....	89
Anexo 2 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage .....	91
Anexo 3 – Escala de Atividade de Vida Diária – AVD .....	92
Anexo 4 – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD .....	93
Anexo 5 – Roteiro de Entrevista .....	94
Anexo 6 – Ser Idoso em Botucatu, com Bloco “C” .....	97
Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101

---



*Índice de Quadros,  
Gráficos e Tabelas*

<b>Quadro I -</b>	Comparação entre as manifestações da Demência e da Pseudodemência Depressiva (Levy e Mendonça, 1994) .....	34
<b>Gráfico I –</b>	Percentual das doenças crônico-degenerativas, na população de 60 anos ou mais Botucatu,2007.....	61
<b>Gráfico II –</b>	Percentual de sintomas depressivos e déficit cognitivo, segundo demais doenças crônico-degenerativas, na população de 60 anos ou mais Botucatu, 2007.....	62
<b>Gráfico III –</b>	Prevalência de sintomas depressivos e déficit cognitivo, segundo faixa etária, na população de 60 anos ou mais Botucatu, 2007 .....	73
<b>Tabela I –</b>	Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo gênero e faixa etária, Botucatu 2007.....	60
<b>Tabela II –</b>	Distribuição da população de 60 anos e mais suspeitos de depressão, segundo características sociais, econômicas, patologias crônicas e autonomia, Botucatu 2007.....	64
<b>Tabela III –</b>	Distribuição da população de 60 anos e mais com déficit cognitivo, segundo características sociais, econômicas, patologias crônicas e autonomia, Botucatu 2007.....	65
<b>Tabela IV –</b>	Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo suspeita de Depressão e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, Botucatu 2007.....	66
<b>Tabela V -</b>	Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo suspeita de Déficit Cognitivo e Escala de Atividades de Vida Diária, Botucatu 2007.....	66

---

<b>Tabela VI -</b>	Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo Déficit Cognitivo e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, Botucatu 2007.....	67
<b>Tabela VII –</b>	Modelo de Regressão Logística Ordinal para variáveis que se associaram a Suspeita de Depressão na população de 60 anos e mais, Botucatu 2007.....	67
<b>Tabela VIII –</b>	Modelo de Regressão Logística Ordinal para variáveis que se associaram a Déficit Cognitivo na população de 60 anos e mais, Botucatu 2007.....	67

---



# *Resumo*

A população mundial está envelhecendo e o Brasil segue essa tendência. A queda dos índices de fecundidade associada a outros fatores como a melhoria dos investimentos e do acesso a serviços públicos de saúde têm contribuído para explicar o aumento da expectativa de vida da população. Essa situação demanda organização da sociedade para o cuidado desses idosos, principalmente levando-se em conta a perda de autonomia como uma das características desta faixa etária e a associação dos graus de dependência com a qualidade de vida. Observa-se também a vinculação destas morbidades com outras doenças crônico-degenerativas relatadas na literatura. Neste estudo, objetivou-se estimar a prevalência de sintomas depressivos e de déficits cognitivos na população de 60 anos e mais do município de Botucatu e sua eventual relação com outras doenças crônico-degenerativas desta população. Foi um estudo epidemiológico, de corte transversal, onde foram avaliados 364 idosos. Os instrumentos utilizados foram: questionários sócio-demográficos e de morbidade, o Mini-Exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, a Escala de Atividades de Vida Diária (Índice de Katz) e a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (*The Physical Self-Maintenance Scale*). Foi estudada uma população com predominância do sexo feminino (59,1%) e maioria entre 60 e 79 anos (83,3%). Aproximadamente 75% dos idosos, com suspeita de depressão ou déficit cognitivo, eram portadores de, pelo menos, mais uma patologia crônica. A suspeita de depressão foi encontrada em 44% (160), sendo que 3,3% (12) apresentaram suspeita de depressão grave e 40,7% (148) suspeita de depressão leve a moderada. O déficit cognitivo foi identificado em 38,7% (141) dos idosos. A dependência para AVD em 17% (62) e para AIVD em 14% (51). Foi possível estabelecer associações estatisticamente significativas com doenças crônicas: “suspeita de depressão” e “AIVD” ( $p < 0,0001$ ; OR 7,59; IC 3,361 – 7,139) e “déficit cognitivo” e “AIVD” ( $p = 0,0007$ ; OR 3,967; IC 1,788 – 8,799). Esses resultados sugerem a importância de que se atue de forma preventiva em relação à saúde da população, visando sua qualidade de vida, o que pode ser feito através de iniciativa, já em andamento, do Ministério de Saúde, o **Pacto pela Saúde**.

---



*Abstract*

The world population is aging and Brazil follows this trend. The fall in fertility rates associated with other factors such as improving investment and access to public health services have contributed to explain the increase in life expectancy of the population. It requires the organization of society for the care of elderly people, especially taking into account the loss of autonomy as a characteristic of this age and the association of the degree of dependence on the quality of life. It is also observed the association of these diseases with other chronic diseases reported in the literature. This study aimed to estimate the prevalence of depressive symptoms and cognitive deficits in the population 60 years and over in Botucatu and its possible association with other chronic diseases in this population. It was an epidemiological cross-sectional study were evaluated 364 elderly. The instruments used were questionnaires socio-demographic and morbidity, the Mini-Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale of Yesavage, Scale of Activities of Daily Living (Katz Index) and the Scale of Instrumental Activities of Daily Living (The Physical Self-Maintenance Scale). We found the population was predominantly female (59.1%) and mostly between 60 and 79 years (83.3%). Approximately 75% of elderly patients with suspected depression or cognitive impairment patients had at least one chronic disease. The suspicion of depression was found in 44% (160), and 3.3% (12) of suspected severe depression and 40.7% (148) suspected of mild to moderate depression. Cognitive impairment was identified in 38.7% (141) of the elderly. Dependence for ADL in 17% (62) and IADL in 14% (51). It was possible to establish statistically significant associations with chronic diseases, "suspected of depression" and "IADL" ( $p < 0.0001$ , OR 7.59, CI 3.361 to 7.139) and "cognitive impairment" and "IADL" ( $p = 0, 0007$ ; OR 3.967 CI 1.788 to 8.799). These results suggest the importance of that act preventively in relation to population health, aiming at their quality of life, which can be made through the initiative already underway in the Ministry of Health, the Pact for Health.

---



# *1. Introdução*

### **1.1. O Envelhecer e a Sociedade**

A população idosa tem aumentado consideravelmente e estima-se que, em 2025, o Brasil poderá ser a sexta população mais velha do mundo (BARREIRA; VIEIRA, 2004; ARAÚJO; ALVES, 2000). Em 1980, a expectativa de vida era de 63,4 anos de idade, 30 anos a mais que em 1900 (IBGE, 1982). Entre 1980 e 2000 esta continuou a crescer e, no início do século XXI, o brasileiro, ao nascer, esperava viver 68,5 anos (IBGE, 2000). Dados de 2006 do IBGE mostram que a expectativa de vida média do brasileiro cresceu ainda mais, atingindo 72,3 anos, sendo, 76,1 anos para mulheres e 68,5 anos para homens.

Em nosso país, ao contrário dos países desenvolvidos, o processo de transição demográfica caracteriza-se pela rapidez do aumento absoluto e relativo das populações adultas e idosas, resultante do declínio da fecundidade e não da mortalidade (CARVALHO; GARCIA, 2003; NEGRI et al., 2004). É importante ressaltar que os avanços nos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia reforçam a estimativa de um aumento crescente do número de idosos no mundo (NEGRI et al., 2004).

Ramos (2005, p.6) assinala que o Brasil enfrenta hoje um dos maiores desafios do século XXI, “cuidar de uma população com mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes”.

Entretanto, a rapidez na transição demográfica não foi acompanhada da elevação da qualidade de vida, pois o aumento da expectativa de vida não significa necessariamente que esses anos adicionais sejam saudáveis e produtivos. O envelhecer traz consigo perdas na função normal do organismo, aumentando, assim, o risco de doenças (FOSS; VALE; SPECIALI, 2005). A morbidade torna-se predominante sobre a mortalidade, levando a um aumento significativo de doenças crônico-degenerativas (CHAIMOWICZ, 1998).

---

Smeltzer e Bare (2000) mencionam que, de acordo com as pesquisas norte americanas, 40% dos maiores de 65 anos apresentam alguma incapacidade, tendo a doença crônica como a principal causa. Já Negri et al. (2004) relatam que 80% dos idosos apresentam, pelo menos, uma enfermidade crônica.

O aumento acentuado das doenças crônicas afeta na maioria das vezes a capacidade funcional e a autonomia do idoso que interfere, por conseguinte, na sua qualidade de vida. Dentre elas é possível destacar as doenças cardiovasculares, o câncer, a obesidade, o diabetes, a depressão, a demência, entre outras, que têm sua origem em uma série de fatores como a predisposição genética, a influência do meio externo e hábitos de vida (SMELTZER; BARE, 2002).

Estas mudanças sociais acabam gerando, segundo Engelhardt et al. (1998), a necessidade da existência de instituições de diversos tipos como: lar, asilo, casas de repouso, hospitais de apoio, centro-dia. Frequentemente são contratados cuidadores para prestar estes mesmos serviços em casa. Segundo o autor, o risco de uma pessoa ser admitida em uma instituição após os 65 anos é estimado em 43%.

O envelhecimento pode também aumentar ou estar associado ao aparecimento de sintomas depressivos e déficits cognitivos, sendo que, frequentemente estes sintomas não recebem diagnósticos e tampouco tratamento (SIBERMAN, 1995). Tal situação, além de revelar o despreparo daqueles que prestam cuidados aos idosos, pode nos levar a crer que a real prevalência de depressão e demência seja ainda maior.

---

## 1.2. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde destaca em seu primeiro Caderno da Atenção Básica que “a equipe de saúde deve estar sempre atenta ao idoso, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais deixando à margem de seu contexto, mantendo-o o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras” (COSTA NETO; SILVESTRE, 1999, p.11).

Em 22 de fevereiro de 2006, foi aprovada por unanimidade, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Portaria 399 do Ministério da Saúde, que lança o PACTO PELA SAÚDE. Este Pacto, encarado como uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da promoção da melhoria e garantia de acesso aos serviços de saúde ofertados à população, foi negociado entre gestores, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que têm dificultado a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na sua gestão. Devido à grandeza dos seus objetivos, o Pacto Pela Saúde foi dividido em três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

Dentre as prioridades do Pacto pela Vida, inclui-se o objetivo de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral da saúde que, em alguns momentos, pelo menos em parte, já é realizada pelas Equipes de Saúde da Família. Neste sentido, os gestores federais, estaduais, regionais e municipais pactuaram seis prioridades para as ações de saúde, sendo, a primeira delas, a SAÚDE DO IDOSO.

1. “O trabalho nesta área deve nortear-se pelas seguintes diretrizes:
    - Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
    - Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
    - Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
    - A implantação de serviços de atenção domiciliar;
    - O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
-

- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2. Ações estratégicas:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;
  - Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa – Para a indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
  - Programa de Educação Permanente à Distância – Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para os profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;
  - Acolhimento – Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;
-

- Assistência Farmacêutica – Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- Atenção Diferenciada na Internação – Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- Atenção Domiciliar – “Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde”.

Vale apenas destacar que, além da reorganização das políticas de saúde para atender as necessidades da clientela idosa, são necessárias ações de diversos departamentos, como o de transporte, obras, trânsito, educação, entre outros.

---

### 1.3. História da Depressão na sociedade

Desde a antiguidade, a depressão, hoje chamada de transtorno do humor, tem sido descrita. O primeiro texto a esse respeito remonta ao Antigo Testamento, por volta de 900 a.C., onde é relatada a síndrome depressiva do Rei Saul, assim como a história do suicídio de Ajax e do sofrimento do herói Belerofonte, relatado na *Ilíada* (cerca de 850 a.C.) (TEIXEIRA, 2004).

Na tragédia grega, por volta do século V a.C., encontra-se a melancolia nos textos de Ésquilo e Eurípides. Por volta de 400 a.C., Hipócrates usou os termos mania e melancolia, e ainda na Grécia Antiga, poucos séculos antes de Cristo, a melancolia é a protagonista em um tratado de Aristóteles (384-322 a.C.), a “*Problemata 30*”. Neste tratado há uma interessante relação, referente à melancolia, entre a genialidade e a loucura (TEIXEIRA, 2004).

No ano 30, Aulus Cornelius Celsus descreveu a melancolia como uma depressão causada pela bile negra. Este termo continuou a ser usado por outros autores médicos, como Arateus (120-180), Galeno (129-199) e Alexandre de Tralles, no século VI. No século XII, o médico judeu Mouses Maimonides, considerava a melancolia como uma entidade patológica distinta da depressão e, em 1686, Bonet descreveu a maníaco-melancholicus (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

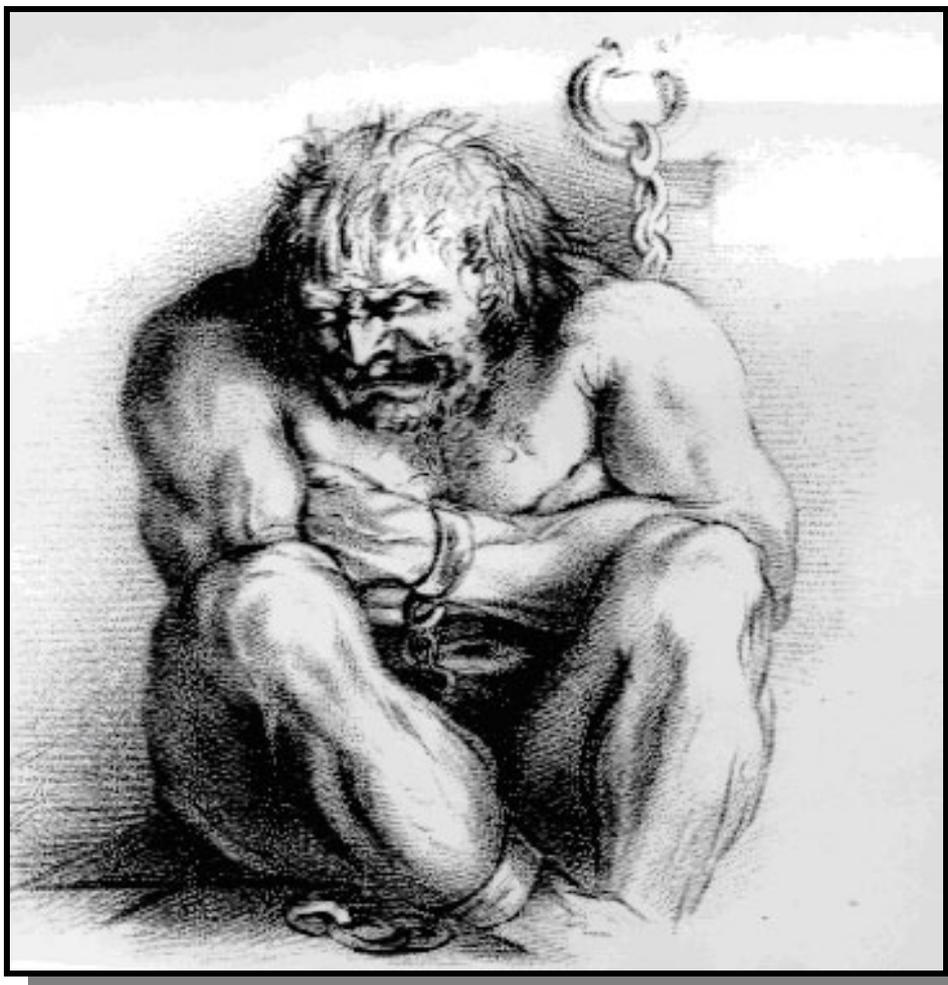
Jules Falret, em 1854, descreveu uma condição chamada folie circulaire, enquanto Jules Baillarger descreveu a folie à Double forme. Na Alemanha em 1882, Karl Kahlbaum descreveu a ciclotimia e, em 1899, Emil Kraepelin delineou uma psicose maníaco-depressiva e a depressão pós-parto (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

No final do século XIX, Adolf Meyer propôs a substituição de “melancolia” por “depressão”, já que o primeiro conceito remetia a um estado do romantismo muito presente na literatura e inadequado à ciência psiquiátrica que estava em pleno desenvolvimento. No entanto, somente no século XX, com a elaboração da CID 6, houve uma definição. Nesta edição da CID, foram reconhecidos três tipos de depressão: a reação maníaco-depressiva, a melancolia involutiva e a depressão neurótica. Já na CID 10, é possível encontrar mais de vinte e cinco tipos e subtipos catalogados (TEIXEIRA, 2004).

---

#### 1.4. História da demência na sociedade

A referência usada para descrever o histórico do diagnóstico de demência (ALZHEIMERMED, 2009). A primeira citação histórica de demência foi feita por Celso (30 a.C a 50 d.C.) e Areteu da Capadócia, através do termo demência senil. No século VI, Oribasio institui a relação entre senilidade e atrofia cerebral e Shakespeare (1564-1616), diferencia a Loucura Comum da Senil.



No início do século XIX, Pinel define a demência como “Ausência de Juízo e Raciocínio”, seu discípulo Esquirol, já em 1816, diferenciava a demência da idiotia ou deficiência mental congênita e, em 1836, utilizou o termo demência senil com significado clínico pela primeira vez.

Emil Kraepelin, em 1896, identificou alterações vasculares e atrofia cortical, estudando cérebros de indivíduos demenciados. Pick, em 1892, define demência Pré-senil tipo – II com afasia.

Alois Alzheimer, em 1907, estudando o cérebro de um paciente de 55 anos com demência precoce, identificou placas senis que não tinham origem relacionada somente à aterosclerose.

Durante a primeira metade do século XX, pensou-se que não existia diferença entre doença de Alzheimer e demência senil, diferenciando-se apenas pelo tempo de apresentação.

Em 1960, Terry e Kidd, baseados nos achados de Blessed e nas modificações estruturais que encontraram em cérebros de pessoas com demência do tipo Alzheimer, reconheceram a doença Alzheimer como uma entidade isolada. Tal pensamento foi corroborado por Larsson e Sjogren, em 1963, após seus estudos genético-epidemiológicos. E, em 1987, o DSM-III diferencia a doença de Alzheimer da demência senil.

---

### **1.5. Avaliação Clínica do Idoso**

Para Lourenço e Veras (2006), a avaliação geriátrica associa as informações obtidas na história clínica e no exame físico geral com aquelas produzidas por um conjunto de instrumentos específicos. Entre os instrumentos de avaliação geriátrica destacam-se aqueles que avaliam o idoso do ponto de vista cognitivo, associados a testes de avaliação de quadros depressivos. Os mesmos autores também justificam a associação destas avaliações à alta incidência de depressão e demência nos idosos, a associação frequente de ambas e a influência das mesmas na qualidade do diagnóstico e da assistência à saúde do idoso.

---

## 1.6. Epidemiologia e critérios diagnósticos da Depressão

A depressão é um problema de saúde mental altamente prevalente no idoso, com consequências sociais e econômicas, sendo, portanto, de grande relevância para a saúde pública (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETO, 2006).

Estima-se em 5% a prevalência de depressão na população geral brasileira, sendo ainda maiores, 5% a 10%, nos pacientes ambulatoriais e entre 9% a 16% dos pacientes internados (KATON, 2003). Porém, para Ferrari e Dalacorte (2007), a prevalência de idosos com sintomas depressivos é ainda maior, sendo 15% na comunidade, 20% na atenção primária e 20 a 25% nos hospitais.

Ainda segundo os últimos dois autores, menos da metade dos pacientes identificados como deprimidos recebem tratamento e, destes, 50% têm o tratamento prescrito inadequadamente. Hirschfeld et al. (1997) relatam que apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente.

Ferrari e Dalacorte (2007) acrescentam que as consequências dessa alta prevalência de depressão em idosos são muitas, pois, além do declínio funcional, estão incluídos o estresse da família, o aumento do risco de doenças e a piora na recuperação das mesmas, além de morte prematura por suicídio ou por outras causas.

A literatura menciona que pacientes com depressão e outras patologias associadas têm maior risco de não aderirem às recomendações médicas, implicando em pior prognóstico de vida para eles (DIMATTEO;LEPPER;CROGHAN, 2000)

Segundo o critério de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua quarta versão (DSM-IV-TR), o episódio depressivo maior caracteriza-se pela presença de, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas, por um período de duas semanas. São eles:

1. humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, observado por terceiros ou por relato subjetivo;
-

2. diminuição do interesse ou prazer pela maioria das atividades, a maior parte do dia, na maioria dos dias;
3. perda ou ganho de mais de 5% do peso corporal em um mês;
4. insônia ou hipersonia, na maioria dos dias;
5. agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
6. diminuição da energia quase todos os dias;
7. sentimentos de desvalia ou culpa excessiva, na maioria dos dias;
8. dificuldades para pensar, para concentrar-se, ou para tomar decisões quase todos os dias;
9. pensamentos recorrentes sobre morte, planos ou tentativas de suicídio.

Para o diagnóstico é importante, também, lembrar que a sintomatologia não deve satisfazer os critérios para episódio misto, não ser decorrente de uso de substâncias químicas ou condições médicas e não ter relação com luto. Além disso, os sintomas devem trazer sofrimento e prejuízos na qualidade de vida do indivíduo.

A avaliação de sintomas depressivos nos idosos é muito mais delicada e sutil. Segundo Ferrari e Dalacorte (2007), a apresentação do quadro depressivo nem sempre é típica no idoso, podendo manifestar-se unicamente como um sintoma somático ou déficit cognitivo. O humor deprimido e a tristeza não são essenciais para o diagnóstico de depressão, muitas vezes, o idoso não consegue manifestar uma tristeza e a coloca para o profissional de saúde como irritabilidade, dor, culpa, medo, falta de sentimentos, despreparo, perda do interesse ou prazer nas atividades diárias, que antes eram prazerosas.

Segundo os mesmos autores, o déficit cognitivo pode estar associado ao não relato dos sintomas depressivos. Por isso, recomenda-se a avaliação cognitiva como parte da investigação clínica. Mesmo sabendo-se que o diagnóstico é essencialmente

---

clínico, exames laboratoriais podem ser solicitados para a exclusão de doenças que possam confundir o diagnóstico.

Uma adequada avaliação de sintomas depressivos pode ser dificultada pela sobreposição de sintomas, como: fadiga, dor, lentidão, insônia, apatia, além da associação destes com hospitalização e consequências prognósticas de doenças. Para Everson et al. (1996), existem evidências que indicam que sintomas cognitivos da depressão são melhores preditores do que os sintomas somáticos e, segundo o DSM-IV-TR, nos idosos pode haver um predomínio de sintomas cognitivos (desorientação, perda de memória e distração).

É importante considerar, também, que a depressão pode ser confundida e erroneamente tratada como um quadro demencial, quando apresenta concomitantemente um distúrbio ou déficit da função intelectual. Esse quadro é conhecido como Pseudodemência Depressiva e atinge 15% dos pacientes gravemente deprimidos, causando, em 9% deles, quadros demenciais (LEVY; MENDONÇA, 1994; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). O quadro abaixo apresenta as diferentes manifestações entre demência e pseudodemência depressiva, através das variáveis cognição, memória, personalidade, linguagem e capacidades visioespaciais.

---

**Quadro I** - Comparação entre as manifestações da Demência e da Pseudodemência Depressiva (Levy e Mendonça, 1994)

Variáveis	Demência	Pseudodemência Depressiva
Cognição	Dificuldade de aprendizado, abstração, raciocínio, erros de cálculo e julgamento, desorientação têmporo-espacial.	Retardo psicomotor, lentidão do pensamento, dificuldade de concentração, desorientação têmporo-espacial, desempenho prejudicado em testes neuropsicológicos.
Memória	Distúrbio da memória recente e remota.	Acentuação dos lapsos de memória no idoso.
Personalidade	Alteração da personalidade, labilidade emocional.	Apatia, embotamento afetivo, isolamento social, humor deprimido e ansiedade.
Linguagem	Erros na estrutura da linguagem.	Mutismo.
Capacidades visioespaciais	Declínio da percepção e das capacidades visioespaciais.	Distúrbios perceptivos.

### **1.7. Epidemiologia e critérios diagnósticos da Demência**

A demência está entre os problemas de saúde pública que mais acometem os idosos. Entretanto, ainda existem poucos estudos a seu respeito (SCAZUFCA et al, 2002).

Segundo Machado et al., (2007), a demência também é um problema de saúde mental que vem aumentando paralelamente ao envelhecimento da população, com um incremento na incidência anual de 0,6% entre 65 a 69 anos, e de 8,4% naqueles com mais de 85 anos. Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5%, naqueles com mais de 60 anos, para 20% após os 80 anos.

Em estudo de prevalência de demência, realizado em cidade do interior do estado de São Paulo, este indicador variou de 1,3%, na faixa etária entre 60 a 69 anos, a 36,9%, para a faixa etária de 85 anos ou mais (HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998). Outro estudo, realizado na clínica de memória da Santa Casa de São Paulo, entre fevereiro de 1997 e maio de 1998, verificou que 69,3% dos pacientes portadores de quadros demências apresentaram sintomas característicos de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) e, em estudo de caso-controle realizado na cidade do Rio de Janeiro, com 404 indivíduos com 60 anos ou mais, constatou-se que idosos com quadros de demências apresentaram maior risco de queda e de serem hospitalizados do que idosos sem demências (CARVALHO; COUTINHO, 2002).

Segundo os dois últimos autores, o impacto da demência para o indivíduo, família e sociedade não pode ser ignorado, considerando os fatores de risco associados: a natureza dependente da idade; predominância em mulheres; acentuada importância dos fatores socioeconômicos; a associação com a incapacidade de desempenhar as atividades cotidianas.

Em artigo de revisão de literatura, Gorzoni e Pires (2006), concluíram que pacientes com demência apresentavam alto risco de serem institucionalizados, devido ao aumento progressivo de dependência física e emocional e à necessidade de cuidados por equipe multidisciplinar. Carvalho e Coutinho (2002) mostraram relação entre demência e risco de fraturas graves em idosos, resultando em hospitalizações e também

---

maiores riscos de infecções, distúrbios do comportamento, desnutrição, imobilidade e incontinência urinária. Cuidados sobre esses aspectos clínicos poderão propiciar a manutenção e o prolongamento de uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Para Charchat-Fichman et al. (2005), o diagnóstico precoce das demências possibilita uma intervenção terapêutica eficaz, reduzindo o estresse da família, diminuindo riscos de acidentes, prolongando a autonomia e, talvez, retardando a evolução do processo demencial. Porém, segundo o autor, a diversidade de definições para um diagnóstico de demência, a falta de uniformidade conceitual e a ausência de consenso para algoritmos diagnósticos, acarretam em limitações metodológicas para estudos populacionais.

As síndromes demenciais são, segundo levantamentos realizados por Machado et al. (2007), “caracterizadas pela presença de declínio cognitivo progressivo cujas características principais são: declínio da memória adquirida, declínio intelectual ou de outras funções cognitivas, mudanças de comportamento, ou na personalidade, além do prejuízo no desenvolvimento psicossocial”. Segundo o autor, “o grau de incapacidade aumenta com o avanço do declínio cognitivo, e o diagnóstico baseia-se na presença de declínio de memória e de outras funções tais como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento”. Este conjunto de alterações afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia-a-dia, implicando na perda da independência, autonomia e qualidade de vida, variando com a evolução da doença.

Para a DSM-IV-TR, a demência é caracterizada por múltiplos déficits cognitivos que incluem comprometimento da memória sem afetar a consciência. As funções cognitivas que estão comprometidas na demência incluem inteligência geral, aprendizagem e memória, afasia (dificuldade na evocação de nomes de pessoas e objetos), capacidade de resolução de problemas, orientação, sensopercepção, atenção, concentração, juízo crítico, agnosias (fracasso em reconhecer ou identificar objetos, apesar de função sensorial intacta), apraxias (prejuízo na capacidade de executar atividades motoras, apesar das capacidades motoras, as funções sensoriais e a compreensão estarem intactas para a tarefa exigida), funções executivas e habilidades sociais. A personalidade está comprometida. Um diagnóstico de demência para o DSM-IV-TR requer que os sintomas resultem em um comprometimento significativo do

---

desempenho social e laborativo e que eles representem um declínio significativo no nível anterior de desempenho. Portanto, há uma ênfase de que as deficiências adquiridas das capacidades cognitivas prejudiquem o desempenho das atividades da vida diária, em comparação com seu nível anterior de desempenho, para que o diagnóstico se justifique.

A demência, tal como definida está pela DSM-IV-TR, corresponde a um determinado grau de severidade do comprometimento cognitivo. A maior parte das demências está relacionada às afecções neurodegenerativas de evolução progressiva, onde os sintomas aparecem muito tempo antes que tenham a severidade suficiente para que possam ser diagnosticados, segundo os critérios necessários como uma demência, seja porque o déficit está limitado a uma só função superior, seja porque seu reflexo sobre as atividades da vida diária esteja pouco significativo. O reconhecimento desta fase pré-demencial das doenças neurodegenerativas pelo conceito recente de comprometimento cognitivo leve (*mild cognitive impairment*) abrange um período maior. O comprometimento cognitivo leve, assim como a demência, constitui uma síndrome clínica relevante com diversas etiologias, a maior parte das quais idênticas àquelas que levam à demência. Esses pacientes apresentam, como um todo, um elevado risco de evoluir para um quadro demencial nos anos subsequentes ao seu diagnóstico (cerca de 25 a 50%, dentro de 2 a 5 anos). Infelizmente, o quadro continua mal definido e não permite que os pacientes sejam classificados, nem quanto a sua etiologia nem quanto a sua evolução, uma vez que pacientes diagnosticados como portadores de comprometimento cognitivo leve podem permanecer estáveis durante longos anos ou mesmo o quadro ser reversível.

A demência também pode estar associada a sintomas psiquiátricos. Como mostra Almeida e Almeida (1999): 75% dos pacientes estudados indicavam a presença de doença psiquiátrica significativa, destes, 69,3% apresentavam sintomas depressivos, ideação persecutória, alucinações auditivas e ideação suicida foram relatadas em 20%, 16% e 10,7%, respectivamente.

Gorzoni e Pires (2006) descrevem como prejuízos da demência as manifestações clínicas e evolução de quadros de infecções, desnutrição, incontinência urinária, distúrbios de comportamento e imobilidade. Tais prejuízos afetam, principalmente, a qualidade de vida dos idosos e de seus familiares.

---

## **1.8 Associações entre Depressão, Demência e outras Doenças Crônico-Degenerativas**

A literatura estudada menciona uma forte associação entre depressão e comorbidades clínicas. É consenso que a depressão possa agravar a saúde em pacientes com doenças não emocionais e que os mesmos possuem maior risco de não aderirem ao tratamento, além de terem os seus sintomas clínicos agravados, como é o caso da dor, que piora em quadros depressivos.

Teng, Humes e Demetrio (2005) analisaram a associação entre a depressão e algumas condições clínicas, entre elas, cardiopatias, diabete mellitus, obesidade, distúrbio da tireóide, doença renal, neoplasias, doenças neurológicas, dor crônica, ginecologia e Síndrome de Cushing. Os autores também estabeleceram outras associações: maior mortalidade associada a sintomas depressivos e doenças crônicas; menor adesão a tratamentos clínicos em deprimidos; a presença de depressão triplica os gastos médicos; a presença de comorbidades clínicas com transtornos depressivos aumenta mais os dias de incapacitação do que a soma dos efeitos individuais das doenças clínicas.

Scalco et al. (2005) também descrevem associação entre depressão e hipertensão arterial, tendo como resultado de sua pesquisa um aumento da prevalência de hipertensão arterial em pacientes deprimidos e aumento na prevalência de depressão em pacientes hipertensos. O autor conclui que mecanismos envolvendo hiperatividade do sistema nervoso simpático e influências genéticas possam ser a base fisiopatológica da relação entre depressão e hipertensão arterial sistêmica.

O aumento da mortalidade devido a doenças cardiovasculares em pacientes com depressão foi descrito pela primeira vez em 1937, representando cerca de 40% das causas de morte (MALZBERG, 1937).

A mortalidade de pacientes cardiopatas deprimidos é 3,1 vezes maior, quando comparados com cardiopatas não deprimidos. Além disso, mesmos os pacientes

---

deprimidos, previamente saudáveis, têm maior risco de terem eventos cardíacos (TENG; HUMES; DEMÉTRIO, 2005).

Também existe associação entre depressão e eventos cardíacos graves em pacientes deprimidos (BUSH et al., 2001). A angina foi citada em apenas um estudo, onde 40% dos pacientes anginosos tinham depressão e tal concomitância aumentava o risco de infarto do miocárdio fatal em até 6,3 vezes (LESPERANCE et al., 2000).

A associação entre diabetes e depressão é frequentemente notada, porém, ainda não existe consenso nos mecanismos biológicos envolvidos nesta associação. Acredita-se que as alterações hormonais, principalmente a hipercortisolemia, além do aumento da ativação imuno-inflamatória, poderiam explicar o maior risco de diabetes em deprimidos e o transporte de glicose para áreas específicas do cérebro justificaria a depressão em pacientes diabéticos (MUSSELMANN et al., 2003).

Segundo um estudo recente, a presença de diabetes aumenta em duas vezes o risco de depressão, independentemente se do tipo I ou II (ANDERSON et al., 2001). Além disso, pacientes com depressão e diabetes apresentam pior controle glicêmico e maior prevalência de complicações múltiplas do diabetes (DE GROOT et al., 2001).

Nos distúrbios da tireóide é necessária atenção para o diagnóstico diferencial de depressão, uma vez que, tanto o hipertireoidismo quanto o hipotireoidismo podem manifestar sintomatologia semelhante e confundir o diagnóstico. Porém, é comum encontrarem-se alterações de hormônios tireoidianos em pacientes deprimidos (COLE et al., 2002).

Pacientes com dor crônica apresentam habitualmente comorbidade psiquiátrica e, destes, 30 a 54% apresentam critérios de depressão. É notável também que as queixas de dor aumentam em pacientes deprimidos. Dor e depressão parecem ter forte associação (TENG; HUMES; DEMÉTRIO, 2005).

Para demência, encontram-se na literatura associações, mostrando uma relação de causa e efeito entre doenças crônicas e déficit cognitivo. No caso de pacientes diabéticos, o déficit cognitivo pode estar relacionado com o risco vascular da doença, como afirma a pesquisa de Almeida-Pititto, Almada Filho e Cendoroglo, 2008.

---

Segundo estes autores, as artérias de pessoas com demência estariam mais obstruídas e, além disso, foi identificado um fator neurotóxico em regiões de baixo fluxo, relacionado à angiogênese patológica pós-isquêmica.

Okereke et al. (2008), verificaram que os homens e mulheres idosos com diabetes tipo 2 apresentaram escores cognitivos globais inferiores, através da aplicação do teste *Telephone Interview for Cognitive Status* (TICS) e, subsequentemente, apresentavam um declínio cognitivo mais acentuado. Neste estudo, os autores verificaram que o ajuste das variáveis relacionadas às doenças cardiovasculares subclínicas teve pouca repercussão sobre a associação entre o diabetes mellitus e o declínio cognitivo, evidenciando que outros mecanismos não vasculares podem ser responsáveis por esta associação, como, por exemplo, o efeito da disfunção da insulina sobre o cérebro.

O risco de déficit cognitivo para hipertensos também pode estar relacionado com alterações vasculares. Acredita-se que o aumento da pressão arterial esteja relacionado a um espectro de lesões cerebrais, clinicamente assintomáticas. Esses distúrbios de perfusão cerebral também diminuem o metabolismo de oxigênio, o que pode proporcionar maior grau de dilatação ventricular e maior prevalência de lesões da substância branca (MELO; MARTIN, 2008).

Na pesquisa realizada por Saxby et al. (2003), foram aplicados testes de atenção, memória em um grupo de 506 hipertensos e em outro de 506 normotensos. Verificou-se que os idosos hipertensos apresentaram déficit em todos os testes, exceto na continuidade da atenção, quando comparados aos idosos normotensos.

---



## *2. Justificativa do Estudo*

A ausência de estudos anteriores sobre as prevalências de depressão e demência na população idosa do município de Botucatu, o impacto destas doenças para o indivíduo, a família e a sociedade, o maior risco dos pacientes com depressão e demência adquirirem comorbidades justificam o melhor diagnóstico destas patologias com o propósito de sugerir ações locais direcionadas à atenção integral à pessoa idosa.

---



### *3. Objetivo do Estudo*

1. Estimar a prevalência de sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de pacientes com sessenta anos e mais no município de Botucatu (SP);
2. estimar a prevalência das doenças crônico-degenerativas nesta população;
3. estudar associações entre essas patologias;



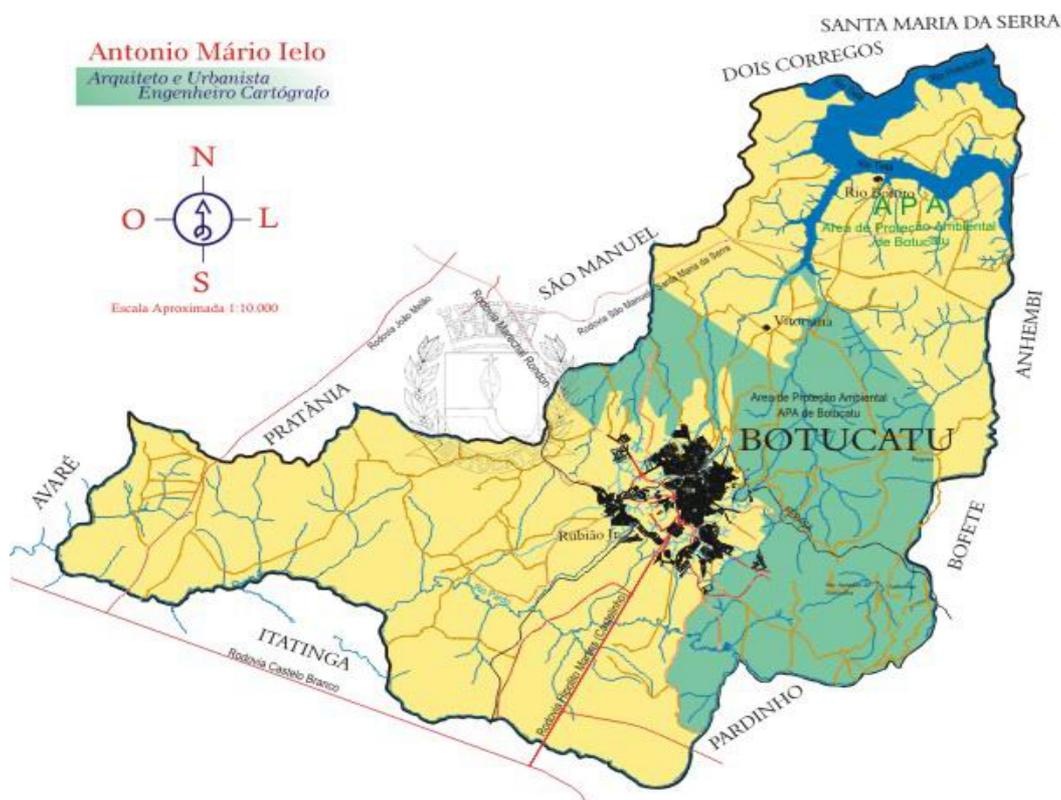
## *4. Metodologia*

#### 4.1 Características do Município em Estudo

O município de Botucatu teve origem em 18 de fevereiro de 1846, quando foi criada a Freguesia de Botucatu. Em 14 de abril de 1855, recebeu a denominação de Vila e, em 16 de março de 1876, tornou-se município. A cidade teve importância política e transformou-se em uma referência econômica regional, durante o período em que serviu como entreposto comercial para algumas regiões do interior do estado de São Paulo e do norte do Paraná, por ser entroncamento da Estrada de Ferro Sorocabana.

Está localizado a 224 km da capital do Estado de São Paulo, na região centro sul do país, com extensão total de 1.522 km<sup>2</sup>, sendo 154 km<sup>2</sup> de área urbana. Apresenta clima subtropical, com invernos secos e verões quentes.

Botucatu possui altitude elevada, entre 756 metros a 920 metros, e tem como limites os municípios: Anhembi, Avaré, Bofete, Dois Córregos, Itatinga, Pardinho, Pratânia, Santa Maria da Serra e São Manuel.



O total de habitantes, segundo a contagem populacional, é de 121.255. A parcela com 60 anos e mais representa 10 % deste total, com 12.141 pessoas, distribuídas nas seguintes faixas etárias: 60 a 64 anos, 3309 pessoas; 65 a 69 anos, 3133 pessoas; 70 a 74 anos, 2570 pessoas; 75 a 79 anos, 1527 pessoas; 80 anos e mais, 1602 pessoas (IBGE, 2007).

A economia se fundamenta na indústria e no setor de serviços, com destaque para a Educação e Pesquisa. O município conta com o maior campus da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), agregando, além da Faculdade de Medicina, outros sete cursos de graduação universitária. A cidade oferece, ainda, 14 cursos de nível superior, além de grande variedade de escolas de ensino médio, fundamental, infantil e técnico.

O produto interno bruto (PIB) de Botucatu é de R\$ 1 bilhão e 640 milhões. O município possui renda anual de R\$ 13.980,00 per capita e alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), avaliado em 0,822 (IBGE, 2007).

A assistência à saúde está inserida no modelo de Gestão Plena Municipal e conta com 16 unidades, sendo: três Centros de Saúde Escola (CSE), três policlínicas, dez Unidades de Saúde da Família (USF) e um Hospital Escola (Faculdade de Medicina – Unesp).

---

## 4.2. Sujeitos do Estudo e Seleção da Amostra

No ano de 1997, foram completados os mapas de setores censitários da região urbana do município de Botucatu, na execução da pesquisa “Ocupação e Mortalidade em Botucatu”, onde se estimou o número de domicílios residenciais, ocupados na zona urbana de Botucatu, em 28.468 (CORDEIRO, 2002).

Iniciou-se, então, um processo de amostragem, onde os domicílios foram sistematicamente alocados um a cada quatro. Em cada setor censitário urbano da cidade, entre os quatro primeiros números naturais, foi sorteado um, que demarcou o primeiro domicílio residencial amostrado. A partir deste, seguiu-se a orientação dos setores onde foram amostrados os domicílios residenciais, de ordem múltipla de quatro. O passo seguinte foi identificar e sortear aleatoriamente os domicílios em que residiam indivíduos de sessenta anos e mais, a partir do cadastro (CORDEIRO, 2002).

O tamanho amostral foi determinado para um intervalo de 95% de confiança, com precisão de 5% para prevalência não conhecida. A amostra estimada foi de um mínimo de 372 indivíduos com sessenta anos e mais a serem entrevistados (ZAR, 1999).

Foi realizado, então, em 2000, um estudo-piloto com 15 idosos não pertencentes à amostragem, escolhidos aleatoriamente na população, com o objetivo de testar e adaptar os instrumentos aplicados no inquérito realizado em 2003. Com reformulações nos questionários, posteriormente, os domicílios alocados foram visitados e o próprio idoso ou seu cuidador foi entrevistado. Quando ocorreu a ausência do idoso no domicílio, isto implicou no retorno do pesquisador num outro momento, até três vezes. Após a terceira vez, a ausência do respondente no domicílio foi admitida como perda amostral. Foram perdidos 7 idosos e, deste modo, obteve-se uma amostra final entrevistada de 365 idosos (JÓIA, 2005).

No retorno ao trabalho de campo, entre maio e junho de 2006, durante as reentrevistas e avaliando os dados de sobrevivência dos idosos, constatou-se que entre esses 365 idosos, ocorreram 80 perdas por morte ou mudança de endereço.

---

Para a segunda etapa da pesquisa, durante o mês de agosto de 2006, foi realizado mais uma vez um estudo piloto com 10 idosos, que foram entrevistados em seus domicílios, com a finalidade de identificar a necessidade de ajustes nos novos instrumentos aplicados e como treinamento para os entrevistadores, de modo a minimizar a ocorrência de erros de preenchimento. No período de abril a agosto de 2007, foram entrevistados 80 idosos, que foram selecionados através da metodologia de sorteio do banco de dados de 2003 para repor as perdas da amostra atual, constituídas por mortes e recusas (JÓIA, 2005; JÓIA et al., 2007).

Desta forma, as informações utilizadas neste trabalho provêm de bancos de dados produzidos entre os anos de 2003 e 2007, sendo parte do estudo intitulado “Validade e Coerência de Instrumentos Utilizados em Avaliações Clínicas de Idosos” e que foi apresentado ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UNESP Botucatu, sob protocolo 1777/2005, tendo sido aprovado em 04/04/2005.

Após a realização das entrevistas dos “80 novos idosos” verificou-se que um dos entrevistados tinha menos de 60 anos, reduzindo a amostra a 364 idosos.

Ressalte-se que, destes 365 idosos, 5 tiveram os instrumentos Escala de Yesavage e Mini-Mental não preenchidos ou preenchidos incompletamente, 1 teve seu instrumento Escala de Yesavage não preenchido e 1 teve seu instrumento Mini-Mental preenchido incompletamente, acarretando assim, 7 perdas na análise dos quesitos depressão e demência.

Os participantes da pesquisa assinaram um termo de responsabilidade disponível no Anexo VII.

---

### **4.3. Tipo de Estudo**

Este é um estudo epidemiológico, de corte transversal e que foi parte de um estudo mais amplo que objetivou uma avaliação multifuncional dos idosos. Nele, foi utilizado o conceito de morbidade referida, em virtude de ser apropriado a pesquisas populacionais e por apresentar correlação satisfatória para doenças crônicas (CÉSAR et al., 1996) e também a aplicação de instrumentos diagnósticos.

---

#### 4.4 Instrumentos Diagnósticos Utilizados

Foram utilizados neste estudo quatro instrumentos para avaliação funcional, emocional e cognitiva, acompanhados de um questionário de identificação e outro sócio-demográfico, além de um questionário de morbidade referida, já aplicados aos idosos, no estudo de 2003.

Em relação aos métodos de avaliação funcional, foram utilizados os instrumentos recomendados pela Sociedade Americana de Geriatria, 2005: Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (KATZ et al., 1963) e a *The Physical Self-Maintenance Scale* (LAWTON; BRODY, 1969), esta última, utilizada como medida de Atividade Instrumental da Vida Diária (FREITAS et al., 2002). Ambas as escalas são utilizadas no Brasil e avaliam a ocorrência de incapacidade em atividades críticas, que são necessárias para a permanência do idoso em seu próprio meio, cuidando de si mesmo na comunidade.

Na avaliação emocional, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (YESAVAGE et al., 1982-1983) e para o domínio cognitivo foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental (FOLSTEIN et al., 1975).

Para a identificação e dados referentes à condição sócio-econômica, o questionário pesquisou em seu “BLOCO A” (ANEXOS 5 e 6) os seguintes dados: nome completo, data de nascimento, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda, outras rendas, aposentadoria, inserção no mercado de trabalho.

Já na investigação de morbidade referida, o “BLOCO C” (ANEXO 6) do questionário forneceu as informações sobre hipertensão, diabetes e cardiopatia.

---

#### **4.4.a Escala de Atividades da Vida Diária – AVD**

A Escala de Atividades da Vida Diária – AVD (KATZ et al., 1963) ou Índice de Katz (é recomendada pela Sociedade Americana de Geriatria, 2005, para o rastreamento e segmento do estado funcional), foi construído baseado na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos, seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade de banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa e alimentar-se. Esta escala é formada por seis questões com respostas: “sim” e “não” que recebem respectivamente pontuação um ou zero. O resultado da avaliação será decorrente da soma de respostas “sim”, atribuindo-se um ponto por questão. A soma dos pontos pode variar de zero a seis; avalia e estratifica o desempenho nas funções básicas no presente; pode ser utilizada no acompanhamento para documentar a melhora ou a piora funcional, ao longo de um determinado período.

Quando a soma total é igual a seis pontos, considerou-se indicativo de independência; entre cinco e três pontos, indicativo de dependência parcial; dois pontos ou menos, indicativo de dependência para as funções que são avaliadas.

#### **4.4.b Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária**

A Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (LAWTON; BRODY, 1969) é recomendada pela Sociedade Americana de Geriatria (2005), para o rastreamento e segmento do estado funcional. Esta escala requer maior capacidade cognitiva que a Escala de Atividades da Vida Diária. Inclui atividades, tais como: utilizar o telefone, realizar compras, preparar refeições, utilizar meios de transporte e manter o controle financeiro.

As primeiras alternativas das respostas da escala representam dependência na função que está sendo avaliada. Cada uma dessas respostas corresponde a um ponto; as segundas alternativas significam capacidade com ajuda, correspondem a dois pontos; as terceiras alternativas significam independência, equivalem a três pontos.

São considerados dependentes para a AIVD aqueles que obtiveram somatória menor que 17 pontos (LAWTON; BRODY, 1969).

---

#### 4.4.c Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (YESAVAGE et al., 1982) é indicada para rastreamento e acompanhamento da Depressão em idosos e é, segundo a Sociedade Americana de Geriatria (2005), o instrumento mais aplicado para avaliação de depressão em idosos. Este instrumento, também é recomendado pela Organização Mundial de Saúde e CID-10 para diagnóstico de depressão (Almeida e Almeida, 1999), ele é usado internacionalmente e validado no Brasil, sendo composto de 15 questões dicotômicas (sim e não), referentes a mudanças no humor e a ocorrência de sentimentos específicos, no qual as respostas positivas ao item investigado valem um ponto e as respostas negativas têm valor zero ponto. A soma máxima de pontos é **15**.

Desde a sua criação, foram estudados diferentes escores (somatório mínima de pontos em que o teste sugere presença de depressão) por diferentes autores com o objetivo de identificar qual seria mais adequado, quando se fizesse a associação entre sensibilidade e especificidade para o somatório do teste estudado.

Os autores, em sua maioria, seguem os idealizadores da escala e defendem o escore **6** como mais adequado. Neste ponto, foi notada uma variação da sensibilidade entre 72% e 85,4% e da especificidade do teste entre 57% e 81% (YESAVAGE et al., 1982; SHEIK; YESAVAGE, 1986; CWIKEL; RITCHIE, 1989; LYNESS et al., 1997; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Para o escore **7**, detectou-se a sensibilidade variando entre 73% e 92,2% e a especificidade entre 67,7% e 95,2% (FOUNTOULAKIS et al., 1999; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA et al., 2005).

Já, para o escore **5**, apurou-se sensibilidade entre 84 e 86%, e especificidade entre 63 e 85,7% (LIM, 2000; PARADELA et al., 2005). Este corte também é defendido por Frank e Rodrigues, 2006.

O que é consenso entre todos os autores estudados é que idosos com somatório do teste até **10** são considerados suspeitos de depressão leve a moderada, enquanto aqueles com escores iguais ou maiores que **11** são considerados suspeitos de depressão grave.

---

Acrescenta-se ainda que os escores encontrados de sensibilidade e especificidade, por Almeida e Almeida (1999), foram segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta edição (APA, 1994).

Levando-se em consideração que a maioria dos autores referiu uma melhor associação entre sensibilidade e especificidade para o escore 6, principalmente Almeida e Almeida (1999) e Paradela et al. (2005), em trabalhos realizados no Brasil, decidiu-se adotar este escore para ser utilizado e analisado neste estudo.

#### **4.4.d Mini-Exame do Estado Mental – MEEM**

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein, Folstein et al., (1975), modificado por (STUART-HAMILTON, 1996; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005), é o instrumento de avaliação mais utilizado em todo mundo, e validado no Brasil, para a avaliação cognitiva. É empregado isoladamente ou associado a outros instrumentos e permite uma avaliação cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais (FICHTER et al., 1995; MORRIS et al., 1989; NITRINI et al., 1994; PERLS, 1995; ROTH et al., 1986; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007). Trata-se de um instrumento composto por questões com respostas verbais e não verbais que se fundamenta na constatação de que as principais doenças neurológicas crônico-degenerativas afetam primeiramente a memória de curto prazo, a qual declina com a habilidade em executar tarefas rotineiras. Os itens questionados expostos ao entrevistado quando acertados, recebem um ponto e, zero ponto, quando errados. A soma máxima deste instrumento é **30 pontos**. Este instrumento também é recomendado pela Sociedade Americana de Geriatria, 2005, para o rastreamento e acompanhamento de déficit cognitivo.

Até o momento foram estudados vários escores (soma máxima do teste que sugere déficit cognitivo), devido à preocupação em relação a diagnósticos falso-positivos (aqueles com menor grau de instrução) e falso-negativos (aqueles com maior grau de instrução) para demência (STERN et al., 1992).

---

---

Os escores tradicionais sugeridos: **23** para idosos com histórico escolar e **19** para aqueles sem escolaridade (DEROUESNÉ, 1991; GRUT et al., 1993; ALMEIDA, 1998), foram considerados muito altos para a identificação de casos novos por Bertolucci et al. (1994). Estes autores propuseram uma correção dos pontos de corte segundo a escolaridade:

1. Para analfabetos, o ponto de corte para déficit cognitivo foi **13** (sensibilidade 82,4% e especificidade 97,5%);
2. Para aqueles com nível primário e secundário, o ponto de corte foi **18** (sensibilidade 75,6% e especificidade 96,6%);
3. Para idosos com nível superior, o ponto de corte foi **26** (sensibilidade 80% e especificidade 95,6%).

Almeida (1998) refere que o escore **19**, para idosos sem escolaridade (sensibilidade de 80% e especificidade de 70,9%) e escore **23**, para idosos com, pelo menos um ano escolar (77,8% de sensibilidade e 75,4% de especificidade) se mostraram os mais adequados.

O último autor citado, fez também quatro considerações a respeito de problemas metodológicos ligados ao delineamento do estudo de Bertolucci et al. (1994), são elas :

- impossibilidade de determinar se algum dos 530 indivíduos avaliados na triagem apresentava quadro demencial;
  - 70 dos 94 pacientes utilizados como controle de declínio cognitivo apresentavam diagnóstico de *delirium* e não de demência;
  - a maioria dos entrevistados era constituída de indivíduos com idade inferior a 60 anos ;
  - os controles utilizados naquele estudo não foram investigados do ponto de vista psíquico.
-

Para Herrera et al. (2002) e Lourenço e Veras (2006), o escore **24**, para idosos escolarizados (sensibilidade 75% e especificidade 69,7%) e o escore **18**, para os analfabetos (sensibilidade 73,5% e especificidade 73,9%), são os mais adequados.

Frank e Rodrigues (2006) e Brucki et al., (2003) consideram com sensibilidade de 82% e especificidade de 99%, os escore **19**, para analfabetos, **23**, para 1 a 3 anos de escolares, **24**, para 4 a 7 anos e **28** pontos, para mais que 7 anos escolares, como os mais adequados.

Portanto, baseado na maioria dos autores e, principalmente, no trabalho de Almeida (1998), e em suas considerações a respeito de Bertolucci et al. (1994), adotar-se-á neste trabalho, para idosos não escolarizados, escore **19** e o escore **23**, para idosos com, pelo menos, 1 ano escolar.

---



## *5. Análise dos Dados*

Os dados foram digitados por profissional treinado contratado. Em seguida, foram analisados eletronicamente através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) for Windows*, versão 16.0 (MATHER; AUSTIN, 1983). Foram realizadas: análises estatísticas de frequências dos escores dos instrumentos; apresentação da sumarização das variáveis e as possíveis associações entre depressão/demência com nível de significância de  $p < 0,05$  pelo teste do  $X^2$ . Os dados foram submetidos também à regressão logística ordinal, considerando-se como desfechos sintomas depressivos e déficit cognitivo, como exposição a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Cardiopatia e associações entre elas, e como co-variáveis de controle: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, aposentadoria, renda, outra fonte de renda.

---



## 6. Resultados

### 6.1. Descrição geral da amostra

Dos 364 idosos da amostra, 59,1%, (215) eram do sexo feminino e, 40,9% (149), do sexo masculino.

Em relação à idade, 48,1% dos participantes (175) tinham entre 60 e 69 anos, 35,7% (130), entre 70 e 79 anos e 16,2% (59), 80 anos ou mais.

**Tabela I** – Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo gênero e idade, Botucatu 2007

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
60 – 69 anos	72(48,4%)	103(47,9%)	175(48,1%)
70 – 79 anos	61(40,9%)	69(32,1%)	130(35,7%)
80 anos e mais	16(10,7%)	43(20%)	59(16,2%)
<b>Total</b>	<b>149(100%)</b>	<b>215(100%)</b>	<b>364(100%)</b>

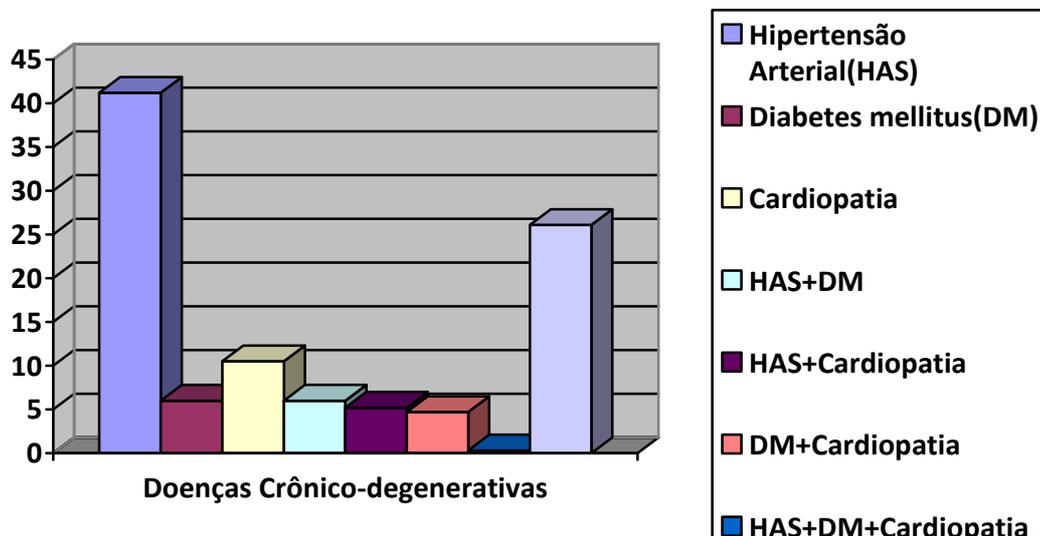
A idade dos idosos da amostra variou entre 60 e 106 anos, tendo como média 71,31 ( $\pm 7,792$ ). Enquanto, na distinção do sexo, a idade dos homens variou entre 61 e 93 anos, tendo média de 70,51 ( $\pm 6,807$ ), e das mulheres variou entre 60 e 106 anos, tendo como média 71,85 ( $\pm 8,374$ ).

Em relação ao estado civil: 57,4% (209) dos idosos eram casados ou viviam em união estável, 36,3% (132) eram viúvos, separados, desquitados ou divorciados e 6,3% (23) eram solteiros. Portanto, conclui-se que 42,6% (155) dos idosos não tinham um companheiro. Dos idosos casados ou em união estável, 53,6% (112) eram homens; entre os viúvos, separados, desquitados ou divorciados, 22% (29) eram homens; e entre os solteiros havia 34,8% (8) de homens, concluindo-se que as mulheres eram a maioria entre os idosos que não tinham companheiro.

Foram identificados 25,8% (94) de idosos analfabetos, 45,6% (166) com nível primário, 19,8% (72) com nível secundário e 8,8% dos idosos (32) com nível superior completo ou incompleto.

Quando perguntados se ainda estavam trabalhando, 80,5% (293) dos idosos referiram “sim”, enquanto em relação à aposentadoria 66,2% (241) responderam positivamente.

Em relação à renda, 32,7% (119) dos idosos referiram receber mais que 3 salários mínimos e 45,9% (167) referiram receber até 3 salários mínimos, havendo ocorrido 21,4% (78) de respostas sem informação nesse quesito. Destas perdas, 67 eram referentes à primeira entrevista em 2003 e 11 referentes à segunda. Em relação à complementação de renda, apenas 13,2% (48) disseram ter “outra fonte de renda”, além do benefício da previdência.



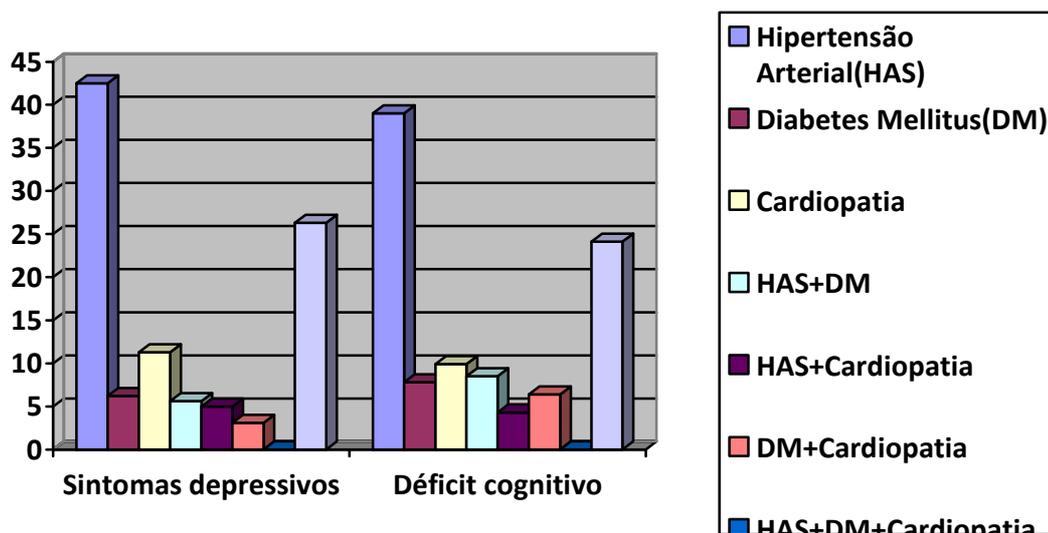
**Gráfico I** – Percentual das doenças crônico-degenerativas, na população de 60 anos ou mais Botucatu, 2007.

## 6.2 Resultados da avaliação de sintomas depressivos, déficit cognitivo, doenças crônicas e autonomia entre os idosos estudados

O instrumento utilizado para investigação de depressão, Escala de Yesavage, mostrou escores que variaram entre 0 e 14, com média de 5,14 ( $\pm 2,995$ ). Considerando os escores iguais ou maiores a 6 como positivos, encontraram-se 44% (160) dos idosos com suspeita de depressão, sendo, 40,7% (148), com suspeita de depressão leve a moderada e, 3,3% (12), com suspeita de depressão grave.

No instrumento utilizado para avaliação cognitiva, o Mini-Mental, os escores variaram entre 4 e 30, com média de 23,38 ( $\pm 4,435$ ). Considerando os escores de 19 para iletrados (sem escolaridade) e 23 para letrados (com, pelo menos, um ano escolar), apurou-se que 38,7% (141) tinham déficit cognitivo.

Observou-se que, em cada um dos instrumentos de avaliação referidos acima, ocorreram 1,6% (7) de respostas não preenchidas ou preenchidas de forma incompleta, impedindo, portanto a utilização destes dados para análise.



**Gráfico II** – Percentual de sintomas depressivos e déficit cognitivo, segundo demais doenças crônico-degenerativas, na população de 60 anos ou mais Botucatu, 2007

---

Para a medida da autonomia, através da Escala de Atividades de Vida Diária (AVD), obtiveram-se escores entre 1 e 6, com média de 5,19 ( $\pm 1,293$ ). Ponderando-se escore até 5 como “dependentes”, foram apurados 17% (62) dos idosos “dependentes”.

Já, para a medida da autonomia através da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), foram encontrados idosos com escore entre 0 e 27, com média de 23,64 ( $\pm 6,3$ ). Aceitando-se escore inferior a 17, como indicativo de dependência, foram encontrados 14% (51) dos idosos “dependentes”.

Quando avaliamos os resultados encontrados pelos dois últimos instrumentos verificamos a seguinte contradição: resultado de AVD maior que resultado de AIVD. Sabendo-se que a AIVD avalia uma capacidade mais fina que a AVD, seria esperado encontrarmos um resultado em que a primeira fosse maior que a segunda. Colombini Neto (2008) justifica tal resultado pouca consistência interna da AVD devido a primeira questão apresentar a palavra “OU” que, por se tratar de uma questão composta por uma negativa, gera confusão nas respostas e, em consequência, redução na coerência.

A análise da AVD segundo a metodologia Split-Half revela semelhança em relação aos coeficientes obtidos, ou seja, 0,49 e 0,59. Ao excluir a questão abaixo do conjunto notamos melhora no valor do coeficiente que passa a ser de 0,72 a 0,75:

*“O (a) senhor (a) não recebe ajuda OU somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?”*

Não se notaram associações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre idosos suspeitos de depressão e as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, aposentadoria, renda, outra fonte de renda, hipertensão, diabetes, cardiopatia, hipertensão + diabetes, hipertensão + cardiopatia, diabetes + cardiopatia, hipertensão + diabetes + cardiopatia, atividades de vida diária e déficit cognitivo, como se verifica na Tabela II.

Também não se localizaram associações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre idosos com déficit cognitivo e as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, aposentadoria, renda, outra fonte de renda, hipertensão, diabetes, cardiopatia, hipertensão + diabetes, hipertensão + cardiopatia, diabetes + cardiopatia, hipertensão + diabetes + cardiopatia, como é possível verificar na Tabela III. Vale ressaltar que a associação entre idosos com déficit cognitivo e hipertensão + diabetes obteve  $p = 0,133$ .

---

**Tabela II** – Distribuição da população de 60 anos e mais, suspeitos de depressão, segundo características sociais, econômicas, patologias crônicas e dependência Botucatu, 2007.

	Total n(%)	Suspeita Depressão (%)	p (x <sup>2</sup> )	OR	IC (95%)
Sexo					
Masculino	146 (40,8)	43,2	0,626	1,111	(0,727;1,699)
Feminino	212 (59,2)	45,8		1,000	
Faixa etária					
70 anos e mais	186 (51,9)	44,6	0,978	0,994	(0,655;1,509)
60 - 69 anos	172 (48,1)	44,8		1,000	
Situação conjugal					
Sem companheiro	23 (6,4)	52,2	0,456	1,378	(0,591;3,212)
Com companheiro	335 (93,6)	44,2		1,000	
Escolaridade					
Até 4 anos	255 (71,2)	38,8	0,157	1,400	(0,878;2,232)
>4 anos	103 (28,8)	47,1		1,000	
Inserção mercado trabalho					
Não	69 (19,3)	47,8	0,560	1,169	(0,691;1,979)
Sim	289 (80,7)	43,9		1,000	
Aposentadoria					
Sim	237 (66,2)	44,3	0,836	1,048	(0,675;1,627)
Não	121 (33,8)	45,5		1,000	
Renda *					
Até 3 SM	167(46,6)	29,9	0,419	0,813	(0,492;1,344)
>3 SM	119(33,2)	34,5		1,000	
Outra fonte renda					
Não	311 (86,9)	45,0	0,752	1,105	(0,595;2,054)
Sim	47 (13,1)	42,6		1,000	
Hipertensão					
Sim	146 (40,8)	46,6	0,552	1,137	(0,744;1,737)
Não	212 (59,2)	43,4		1,000	
Diabetes					
Sim	22 (6,2)	45,5	0,941	1,033	(0,435;2,457)
Não	336 (93,8)	44,6		1,000	
Cardiopatia					
Sim	38 (10,6)	47,4	0,726	1,128	(0,575;2,213)
Não	320 (89,4)	44,4		1,000	
Hipertensão + diabetes					
Sim	22 (6,2)	40,9	0,713	0,848	(0,353;2,038)
Não	336 (93,8)	44,9		1,000	
Hipertensão + cardiopatia					
Sim	19 (5,3)	36,8	0,479	0,709	(0,273;1,845)
Não	339 (94,7)	45,1		1,000	
Diabetes + cardiopatia					
Sim	16 (4,5)	31,2	0,268	0,548	(0,187;1,612)
Não	342 (95,5)	45,3		1,000	
Hipertensão + diabetes + cardiopatia					
Sim	1 (0,3)	0,0	0,368	0,995	(0,985;1,005)
Não	357 (99,7)	44,8		1,000	
AVD					
Dependente	57 (15,9)	47,4	0,658	1,137	(0,645;2,005)
Independente	301 (84,1)	44,2		1,000	
AIVD					
Dependente	46 (12,9)	76,1	0,000	4,760	(2,330;9,724)
Independente	312 (87,1)	40,1		1,000	
Déficit cognitivo*					
Sim	159 (44,4)	38,4	0,768	0,938	(0,611;1,438)
Não	198 (55,3)	39,9		1,000	

\* alguns idosos não responderam todos os itens

TOTAL DE IDOSOS ANALISADOS 358

Observando-se a Tabela II, nota-se associação entre suspeita de depressão e atividades instrumentais de vida diária ( $p < 0,05$ ).

**Tabela III** – Distribuição da população de 60 anos e mais, com déficit cognitivo, segundo características sociais, econômicas, patologias crônicas e dependência Botucatu, 2007.

	Total n (%)	Déficit cognitivo (%)	p	OR	IC (95%)
Sexo					
Masculino	145 (40,5)	38,6	0,807	1,055	(0,685;1,626)
Feminino	213 (59,5)	39,9		1,000	
Faixa etária					
70 anos e mais	187(51,9)	39,6	0,940	1,017	(0,665;1,554)
60 – 69 anos	171 (47,8)	39,2		1,000	
Situação conjugal					
Sem companheiro	23 (6,4)	43,5	0,678	1,198	(0,510;2,811)
Com companheiro	335 (93,6)	39,1		1,000	
Escolaridade					
Até 4 anos	255 (71,2)	42,4	0,071	1,558	(0,962;2,525)
>4 anos	103 (28,8)	32,0		1,000	
Inserção mercado trabalho					
Não	69 (19,3)	37,7	0,747	0,915	(0,533;1,571)
Sim	289 (80,7)	39,8		1,000	
Aposentadoria					
Sim	237 (66,2)	38,0	0,445	1,190	(0,762;1,859)
Não	121 (33,8)	42,1		1,000	
Renda*					
Até 3 SM	167(46,6)	46,7	0,614	1,129	(0,704;1,812)
>3 SM	119(33,2)	43,7		1,000	
Outra fonte renda					
Não	311 (86,9)	40,2	0,421	1,302	(0,683-2,481)
Sim	47 (13,1)	34,0		1,000	
Hipertensão					
Sim	146 (40,8)	37,7	0,582	0,886	(0,574;1,365)
Não	212 (59,2)	40,6		1,000	
Diabetes					
Sim	22 (6,2)	50,0	0,293	1,585	(0,668;3,760)
Não	336 (93,8)	38,7		1,000	
Cardiopatia					
Sim	38 (10,6)	36,8	0,734	0,886	(0,442;1,778)
Não	320 (89,4)	39,7		1,000	
Hipertensão + diabetes					
Sim	22 (5,3)	54,5	<b>0,133</b>	1,9256	(0,808;4,584)
Não	336 (94,7)	38,4		1,000	
Hipertensão + cardiopatia					
Sim	19(5,3)	31,5	0,402	0,697	(0,258;1,879)
Não	339(94,7)	39,8			
Diabetes + cardiopatia					
Sim	16 (4,5)	56,2	0,158	2,045	(0,744;5,624)
Não	342 (95,5)	38,6		1,000	
Hipertensão + diabetes + cardiopatia					
Sim	1 (0,3)	0,0	0,420	0,605	(0,556;0,657)
Não	357 (99,7)	39,5		1,000	
AVD					
Dependente	56 (15,5)	51,8	<b>0,039</b>	1,822	(1,027;3,234)
Independente	302 (84,5)	37,1		1,000	
AIVD					
Dependente	45 (12,6)	71,1	<b>0,000</b>	4,607	(2,322;9,142)
Independente	313 (87,4)	34,8		1,000	

\*alguns dados não preenchidos

TOTAL DE IDOSOS ANALISADOS 358

Observando-se a Tabela III, observam-se associados ( $p < 0,05$ ): déficit cognitivo e atividades de vida diária, déficit cognitivo e atividades instrumentais de vida diária. Observa-se que a associação entre déficit cognitivo e hipertensão + diabetes, alcançou  $p = 0,133$ .

### 6.3 Associações entre idosos suspeitos de Depressão ou Déficit Cognitivo e demais variáveis

Nas Tabelas II e III, constata-se as associações estatisticamente significativas e, a seguir, apresentadas com mais detalhes nas tabelas abaixo.

**Tabela IV** – Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo suspeita de Depressão e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, Botucatu 2007.

	Não dependente	Dependente	Total
Sem Suspeita Depressão	187(59,9%)	11(23,9%)	198(55,3%)
Com Suspeita Depressão	125(40,1%)	35(76,1%)	160(44,7%)
<b>Total</b>	<b>312(100%)</b>	<b>46(100%)</b>	<b>358(100%)</b>

Observando-se a Tabela IV, concluímos que existe associação entre a perda de autonomia e a suspeita de depressão entre os idosos ( $p < 0,05$ ). Verificou-se que 76,1% dos idosos dependentes apresentavam suspeita de depressão.

**Tabela V** - Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo Déficit Cognitivo e Escala de Atividades de Vida Diária, Botucatu 2007

	Não dependente	Dependente	Total
Sem Déficit Cognitivo	190(62,9%)	27(48,2%)	217(60,6%)
Com Déficit Cognitivo	112(37,1%)	29(51,8%)	141(39,4%)
<b>Total</b>	<b>302(100%)</b>	<b>56(100%)</b>	<b>358(100%)</b>

Note-se que na tabela V a associação entre Déficit Cognitivo e Atividades de Vida Diária, também apresentou resultados estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) e que, entre os idosos dependentes, 51,8% apresentavam déficit cognitivo.

**Tabela VI** - Distribuição da população de 60 anos e mais, segundo Déficit Cognitivo e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, Botucatu 2007

	Não dependente	Dependente	Total
Sem Déficit Cognitivo	204(65,2%)	13(28,9%)	217(60,6%)
Com Déficit Cognitivo	109(34,8%)	32(71,1%)	141(39,4%)
<b>Total</b>	<b>313(100%)</b>	<b>45(100%)</b>	<b>358(100%)</b>

Observa-se na tabela VI que Déficit Cognitivo se associa a Atividades Instrumentais de Vida Diária ( $p < 0,05$ ), e que entre os idosos dependentes, 71,1% apresentavam déficit cognitivo.

**Tabela VII** – Modelo de Regressão Logística Ordinal para variáveis que se associaram a Suspeita de Depressão na população de 60 anos e mais, Botucatu 2007

Associações	P ( $\chi^2$ )	OR	IC
Suspeita Depressão x AIVD	< 0,0001	7,59	(3,361 – 17,139)

**Tabela VIII** – Modelo de Regressão Logística Ordinal para variáveis que se associaram a Déficit Cognitivo na população de 60 anos e mais, Botucatu 2007

Associações	P ( $\chi^2$ )	OR	IC
Déficit cognitivo x AVD	0,8429	1,069	(0,552 – 2,075)
Déficit cognitivo x AIVD	0,0007	3,967	(1,788 – 8,799)
Déficit cognitivo x HAS + DM	0,0587	3,211	(0,958 – 10,767)

Após a realização da regressão logística ordinal, verificamos:

1. A associação entre suspeita de depressão e atividades instrumentais de vida diária manteve-se estatisticamente significativa e ainda aumentou sua força em 1,6 vezes;
  2. A associação de déficit cognitivo com atividades de vida diária deixou de ser estatisticamente significativa;
  3. A associação de suspeita de déficit cognitivo com atividades instrumentais de vida diária manteve-se estatisticamente significativa, mas diminuiu sua força em 0,14 vezes;
  4. A associação entre déficit cognitivo e idosos portadores de hipertensão e diabetes, simultaneamente, quase se tornou estatisticamente significativa, obtendo um  $p = 0,0587$ .
-



## *7. Discussão*

No estudo de Machado et al. (2000), ganha destaque a influência da idade avançada, da escolaridade, da renda e do sexo feminino no rastreamento positivo para déficit cognitivo.

O autor citado acima entende o envelhecer como um fenômeno, antes de tudo, feminino, uma vez que as mulheres vivem, em média, sete anos a mais que os homens e, em virtude disso, há um maior número de mulheres vivendo sozinhas, em decorrência da viuvez. Camarano e Yasak (2002), refere-se às mulheres idosas como sujeitos com menor escolaridade, menor experiência no trabalho formal e menor acesso à aposentadoria.

Na presente pesquisa, a suspeita de depressão foi averiguada em 44% (160) dos idosos, sendo que, 3,3% (12), apresentaram suspeita de depressão grave e 40,7% (148), suspeita de depressão leve a moderada. Ferrari e Dalacorte, 2007 (estudando idosos internados no Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS) e Oliveira, Gomes e Oliveira, 2006 (estudando idosos que freqüentam centro de convivência) obtiveram uma prevalência muito próxima à deste estudo, 46% e 31%, respectivamente. No entanto, outras pesquisas apontam prevalências mais baixas, como no estudo de Borges et al., 2007 (estudando idosos cadastrados nos Centro de Saúde de Florianópolis) no qual foi utilizada a escala de Yesavage, em que a mesma prevalência foi de 17,4%, ficando muito próxima da prevalência referida na pesquisa de Paradela, Lourenço e Veras, 2005 (estudando idosos que freqüentam unidade ambulatorial de saúde da rede pública da cidade do Rio de Janeiro), 16,9%, onde também foi utilizada a mesma escala.

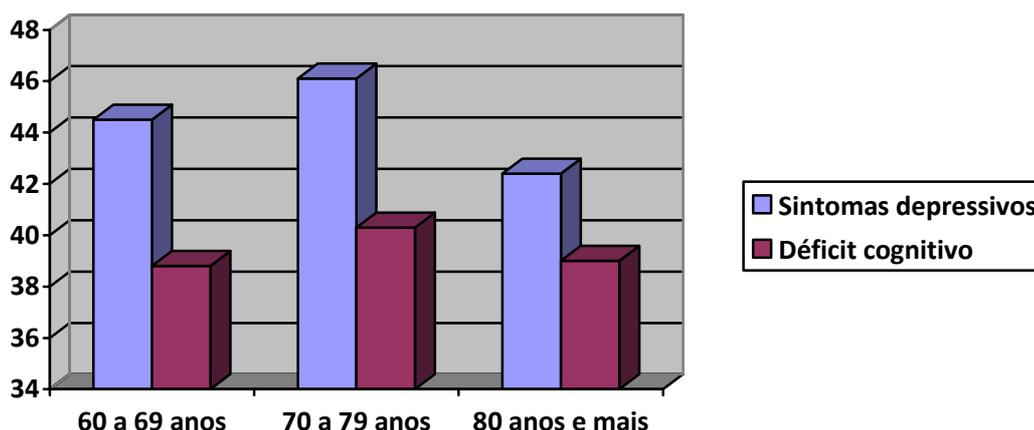
O déficit cognitivo foi identificado em 38,7% (141) dos idosos entrevistados nesta pesquisa, utilizando o MEEM. Na literatura estudada é possível observar que diversos autores utilizam o MEEM, alguns deles utilizando esta escala como critério diagnóstico para Demência, enquanto outros somente para avaliar déficits de cognição. Entre déficit cognitivo e demência notam-se algumas poucas variações de prevalência, a maior, 52,4%, foi averiguada na pesquisa de Engelhardt et al., 1998 (estudando idosos em asilo de alta qualidade do município do Rio de Janeiro), e a menor, 9,1% foi relatada na pesquisa de Borges, Benedetti e Mazo, 2007 (estudando idosos cadastrados nos Centro de Saúde de Florianópolis). Outras prevalências relatadas foram de 33,2% em

---

ambulatório da Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo (ALMEIDA, 1998), 36,5% em idosos frequentadores do Programa Municipal da Terceira Idade em Viçosa-MG (MACHADO et al., 2007) e 25,7% entre idosos que procuraram uma unidade ambulatorial vinculada a hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro (LOURENÇO; VERAS, 2006).

No presente estudo, a população feminina sobressaiu-se à masculina, com 59,1% a 40,9%, porém, não houve diferença significativa entre mulheres com suspeita de depressão, 45,8%, e homens suspeitos, 43,2%. O mesmo aconteceu para déficit cognitivo, presentes em 39,9% das mulheres e 38,6% dos homens.

No gráfico abaixo verificamos que as prevalências de sintomas depressivos e déficit cognitivo em relação à idade.



**Gráfico III** – Prevalência de sintomas depressivos e déficit cognitivo, segundo faixa etária, na população de 60 anos ou mais Botucatu, 2007

Almeida, 1998, apresenta em seu estudo uma correlação da idade com o escore total do MEEM, no qual, quanto mais velho o indivíduo, menor o escore no MEEM. Para Borges et al. (2007), o próprio envelhecimento pode ser o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças demenciais. Portanto, a idade pode comprometer o rastreamento da demência através de testes cognitivos. Na pesquisa de Diniz et al. (2007), no sudeste do Brasil, foram avaliadas 176 pessoas entre 65 e 97 anos, e os resultados mostraram que, quanto maior a idade, menor a pontuação obtida com o MEEM.

---

Assim como a idade, a escolaridade também vem sendo descrita como característica importante para o aparecimento de depressão e demência. Para Lourenço e Veras (2006), o número de anos de estudo tem sido identificado como fator de proteção neural e como fator de confusão para o diagnóstico, uma vez que os instrumentos utilizados para avaliação cognitiva são altamente influenciados pela escolaridade. Neste estudo, foi obtido um resultado favorável a este argumento: para aqueles com mais de 4 anos de estudo, 32% (33) dos pesquisados obtiveram resultado favorável a déficit cognitivo, para os classificados em até 4 anos escolares, este resultado foi de 42,4% (108).

Para Borges et al. (2007), estudos recentes vêm mostrando relação entre escolaridade e depressão. Leite et al. (2006), referiram alta associação estatística entre depressão e baixa escolaridade. Almeida Filho et al. (2004), constataram que a baixa escolaridade tem maior influência no aparecimento de depressão em mulheres. Com base neste trabalho, é possível afirmar que as considerações acima são válidas também em nosso estudo, uma vez que, entre as pessoas pesquisadas com até 4 anos escolares, 47,1% (120) eram suspeitos de depressão, e entre os pesquisados com mais de 4 anos escolares, 38,8% (40) foram considerados suspeitos de depressão.

Em nossa pesquisa não encontramos associação entre renda, depressão e demência, assim como a pesquisa de Borges et al. (2007), também não mostrou associação entre renda e depressão e demência.

Almeida Filho et al. (2004), associam o fato de não estar casado (solteiro, viúvo, divorciado) a uma menor prevalência de depressão no homem, já para as mulheres, ser solteira, indicava menor prevalência de depressão. No entanto, para Paradela et al. (2005), a presença de um companheiro diminuiu a prevalência de sintomas depressivos. Fato, que o último autor relaciona com a solidão dos que vivem sozinhos, o que poderia aumentar as queixas de sintomas depressivos. Foram obtidos resultados muito próximos para a suspeita de depressão entre casados e não casados: dos casados, 44,7% foram considerados suspeitos, dos sozinhos (viúvos, separados, divorciados e desquitados), o resultado apurado foi de 43,4%, pouco abaixo dos solteiros com 52,2%.

Verificou-se no presente trabalho que 76,1% dos idosos considerados dependentes na AIVD ( $p=0,00$ ) apresentavam suspeita de depressão, e, para a última

---

escala, 71,1% dos dependentes apresentavam déficit cognitivo ( $p=0,00$ ). Enquanto para a Escala de Vida Diária, 51,8% dos dependentes apresentavam déficit cognitivo.

Na literatura, foi identificada como justificativa dos resultados acima, a qualidade de vida dos idosos. A independência física e financeira, atividades de lazer e cultura e diversas outras dimensões da capacidade funcional, independentemente da presença ou não de enfermidades, podem proteger os idosos destas doenças (PEREIRA et al., 2006).

No estudo de Ferrari e Dalacorte, 2007, observou-se que a média do escore do MEEM foi maior em pacientes cujo resultado da escala de atividade de vida diária foi pleno, do que aqueles com resultado não pleno. Porém, não houve diferença significativa para os considerados deprimidos.

Nossa pesquisa apurou também a associação entre Hipertensão Arterial e Diabetes com déficit cognitivo, quase estatisticamente significativa. Como já citado na introdução, existem fortes evidências de que as alterações vasculares, alterações do metabolismo de oxigênio, lesões endoteliais, efeitos tóxicos de subprodutos de insulina, entre outros explicariam este fenômeno. Porém na literatura há poucas pesquisas sobre o tema. Há, ainda, a evidência de que a hipertensão arterial possa não ser maléfica para o cérebro, pelo contrário, pode ser um fator protetor para o mesmo (CAVALINI; CHOR, 2003).

Para Lima et al. (2007), a relação entre demência e hipertensão arterial também pode ser inversamente proporcional, uma vez que níveis pressóricos aumentados contribuiriam para manter uma boa perfusão cerebral e, dessa forma, diminuiriam o risco de demências. No estudo de Cavalini, e Chor (2003), encontrou-se tal associação em idosos, acima de 80 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial há mais de 5 anos, e não para idosos entre 65 e 79 anos com diagnóstico há mais de 5 anos.

Ainda segundo Cavalini e Chor (2003), a explicação fisiopatológica para tal associação seria a síndrome hipometabólica, onde níveis baixos de glicemia e pressão arterial têm sido descritos. Porém a relação entre a síndrome hipometabólica e a demência ainda é nebulosa, não se sabe se esta síndrome precederia a demência, ou se a mesma ocorreria em função da desregulação do eixo neuroendócrino que ocorre em algumas demências.

---



## *8. Conclusões*

Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que idosos de ambos os sexos estão vulneráveis a doenças como depressão e demência e que fatores como idade, situação conjugal, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, aposentadoria e renda parecem não estar associados ao desenvolvimento destas patologias.

Encontramos prevalência de suspeitos de depressão e déficit cognitivo como descrito na literatura e que aproximadamente 75% dos idosos com suspeita de depressão ou déficit cognitivo eram portadores de, pelo menos, uma patologia crônica. Por outro lado, verificou-se também que o nível de dependência dos idosos parece estar fortemente associado ao aparecimento de depressão e demência, sugerindo que o uso das escalas de Atividade de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária pode ser uma potente ferramenta para a estratificação de risco para tais doenças.

Podemos inferir desta forma que: os profissionais de saúde devem aplicar uma Avaliação Geriátrica Ampla (Yesavage, MEEM, AVD, AID) aos idosos sob sua responsabilidade com o objetivo de melhorar a sua assistência à saúde; os profissionais de saúde devem receber treinamento e ser incentivados a aplicar esta avaliação.

É aconselhável também, que políticas sociais para a infância e idade adulta preocupem-se com ações no sentido de que a população alcance a terceira idade com autonomia, levando-se em conta a alta magnitude de patologias crônicas e outras doenças causadoras de dependência como depressão ou demência.

Recomenda-se a continuidade do Pacto pela Saúde, melhorando, ampliando, discutindo, pactuando em todas as esferas de governo, prestadores de serviços públicos e usuários dos serviços de saúde privados, com o intuito de se buscarem os objetivos citados anteriormente.

---



## *9. Bibliografia*

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Guide to Clinical Preventive Services, 2007**: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Bethesda: NCBI, 2007.

ALMEIDA FILHO N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Soc.Sci.Med.** 59:1339-53, 2004.

ALMEIDA, O. P. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.57, n.4, p.937-943, 1999.

ALMEIDA, O.O. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.56, p.605-612, 1998.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, A.S. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.57, n.2B, p.421-426, 1999.

ALMEIDA-PITITO, B.; ALMADA FILHO, C.M.; CENDOROGLO, M.S. Déficit cognitivo: mais uma complicação do diabetes melito. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.52, n.7, p. 1073-1083, 2008.

ALZHEIMERMED. **História das demências**: breve relato. Disponível em:<[http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod\\_pagina=1094](http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod_pagina=1094)>. Acesso em:05 abr. 2009.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. **Clinical Practice**. Disponível em:<[http://www.americangeriatrics.org/education/cp\\_index.shtml](http://www.americangeriatrics.org/education/cp_index.shtml)>. Acesso em: 15 abr. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic criteria from DSM-IV**. Washington: APA, 1994.

---

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR** – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Claudia Dornelles. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANDERSON, R.J. et al. The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes. **Diabetes Care**, v.24, p.1069-1078, 2001.

ARAÚJO, T.C.N.; ALVES, M.I.C. Perfil da população idosa no Brasil. Rio de Janeiro Unati/UERJ. **Textos Envelhecimento**.ano 3, n.3, p.7-19, 2000.

ARVANITAKIS, Z. et al. Diabetes mellitus and risk of Alzheimer disease and decline cognitive function. **Arch. Neurol.**, v.61, n.5, p.661-666, 2004.

BARREIRA, K.S.; VIEIRA, L.J.E. de S. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. Rio de Janeiro **Revista Enferm. UERJ**, n.12, p. 332-7, 2004.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. Proposta de padronização do Mini Exame do Estado Mental (MEM): estudo piloto cooperativo (FMUSP/EPM). **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.61, supl.3B, p.777-781, 1994.

BORGES, L.J. et al. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.56, n.4, p.273-279, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8842, de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm> >. Acesso em: 21 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde lança política nacional da pessoa idosa**. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=28208](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28208)>. Acesso em 21 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2ª Edição revista. Série E. Legislação de Saúde. Brasília-DF, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf). Acesso em 21 set. 2008.

---

BRUCKI, S. M. D. Diferenças intragrupo no desempenho do mini-exame do estado mental entre analfabetos. In: DAMASCENO, B.P.; COUNDY, M.I. (Eds.). **Temas em Neuropsicologia e Neurolinguística**. São Paulo: Tec Art, 1995. (Série de Neuropsicologia).

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 61, supl. 3-B, p.777-781, 2003.

BRUCKI, S.M.D. Mini Exame do Estado mental: influencia da escolaridade sobre os escores totais e sub-itens. **Rev. Neurociênc.**, v.4, p. 15-20, 1996.

BUSH, D.E. et al. Even Minimal Symptoms Depression Increase Mortality Risk after Acute Myocardial Infaction. **Am. J. Cardiol.**, v.88, p.337-341, 2001.

CAMARANO, A.A. Considerações finais. In: \_\_\_\_\_. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p.369-382.

CAMARANO, A.A.; YASAK, L.M. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CARAMELLI, P.; HERRERA, J.R.E.; NITRINI, R. O Mini-Exame do Estado Mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.57, supl.11, p.7, 1999.

CARVALHO, J.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública** 19(3):725-733, 2003.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutico**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

CARVALHO, A.M.; COUTINHO, E.S.F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.448-454, 2002.

CAVALINI, L.T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.6, n.1, p.7-17, 2003.

---

CESAR, C.L. et al. Referred morbidity and the utilization of health services in Brazilian urban áreas: methodology. **Rev. Saude Publica**, v.30, n.2, p.153-160, 1996.

CHAIMOWICZ, F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21 st century : current problems, forecasts and alternatives. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.31, n.2, 1997.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n.12, p.79-82, 2005.

COLE, D.P. et al. Slower Treatment Response in Bipolar Depression Predicted by Lower Pretreatment Thyroid Function. **Am. J. Psychiatry**, v.159, p.116-121, 2002.

COLOMBINI NETO, M. **Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos**. 2008. 95f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

CORDEIRO, R. et al. Subnotificação de Acidentes de Trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.2, p.254-260, 2005.

COSTA NETO, M.M.; SILVESTRE, J.A. Atenção à Saúde do Idoso. Instabilidade Postural e Queda. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

CWIKEL, J.; RITCHIE, K. Screening for depression among the elderly in Israel: an assessment of the short geriatric depression scale(S-GDS). **Isr. J. Med. Sci.**, v.25, n.3, p.131-137, 1989.

De GROOT, M. et al. Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. **Psychom. Med.**, v.63, p.619-630, 2001.

DEROUESNÉ, C. Le mini mental state. In: SIGNORET, J.L.; HAUW, J.J. (Eds.). **Maladie D'Alzheimer et autres Demences**. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 1991. p.447-455.

---

DIMATTEO, M.R.; LEPPER, H.S.; CROGHAN, T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Arch. Intern. Med.**, v.160, p.2101-2107, 2000.

DINIZ, B.S.O. et al. Nível educacional e idade no desempenho no Mini-exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.34, n. 1, 2007.

DOLL, J.; GORZONI, M.L. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.376-386.

ENGELHARDT, E. et al. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.25, n.2, p.74-79, 1998.

EVERSON, et al. Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of Myocardial Infarction and Cancer. **Psychosm. Med.** 58:113-21, 1996.

FERRARI, J.F.; DALACORTE, R.R. Use of Yesavage Geriatric Depression Scale to evaluate the prevalence of depression in inpatient elderly subjects. **Sci. Med.**, v.17, n.1, p.3-8, 2007.

FICHTER, M.M. et al. Dementia and cognitive Impairment in the Oldest Old in the Community. **Br. J. Psychiatry**, v.166, p.621-629, 1995.

FLANAGAN, J.C. Changes in school levels of achievement: Project Talent tem and fifteen year retests. **Educ. Res.**, v.5, n.8, p.9-12, 1976.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: apractical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J. Psychiatry Res.**,v.12, p.189-198, 1975.

FOUNTOULAKIS, K.N. et al. The validation of the short form of the geriatric depression scale (GDS) in Greece. **Ageing (Milano)**, v.11, n.6, p.367-372,1999.

---

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: 2ª Ed. Guanabara Koogan S.A., 2006. p.376-86.

FOSS, M.P.; VALE, F.A.C.; SPECIALI, J.G. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para Avaliação de Demência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.63, n.1, 2005.

GORZONI, M.L.; PIRES, S.L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.33, n.1, p.18-23, 2006.

GRUT, M. et al. Accuracy of the Mini-Mental Status Examination as a screening test for dementia in a Swedish elderly population. **Acta Neurol. Scand.**, v.87, p.312-317, 1993.

HERRERA, J.R.E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community – dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v.16, p.103-108, 2002.

HERRERA, J.R.E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico-populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Psiquiatr.**, v.25, p.70-73, 1998.

HIRSCHFELD, R.M. et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. **JAMA**, v.277, p.333-340, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Dados amostragem por domicílio 2008, contagem da população 2007, censo 2000, censo 1982**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2008.

JOIA, L.C. et al. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.41, n.1, p.131-138, 2007.

---

JÓIA, L.C. **O idoso no município de Botucatu (SP): grau de satisfação com a vida e com o estado de saúde.** 2005. 176f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2005.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.Á. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KATON, W.J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biol. Psychiatry**, v.54, p.216-26, 2003.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **J. Am. Med. Assoc.**, v.165, p.94-99, 1963.

KATZ, S., DOWNS, T. D. *et al.* Progress in development of the index of ADL. **Gerontologist**, v.10, n.1, Spring, p.20-30. 1970.

LAKS, J. et al. Diagnostico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.52, n.6, p.401-404, 2006.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, p.179-86, 1969.

LEITE, V.M.M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. Bras.Saúde Mater.Infant.**, Mar 2006, vol.6, n.1, p. 31-38. ISSN 1519-382.

LESPERANCE, F. et al. Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina. **Arch. Intern. Med.**, v.160, p.1354-1360, 2000.

LEVY, J.A.; MENDONÇA, L.I. Envelhecimento cerebral. Demências. In: \_\_\_\_\_. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1998.

---

LIM, P.P. et al. Validation and comparison of three brief depression scales in na elderly chinese population. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.15, n.9, p.824-830, 2000.

LIMA, L.G. et al. Aspectos controversos da hipertensão no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.14, n.1, p.42-45, 2007.

LOURENCO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-exame do estado mental: características psicometricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.4, p.712-719, 2006.

LYNESS, J.M. et al. Screening for depression in elderly primary care patients: a comparison of the center for epidemiologic studies depression scale and the geriatric depression scale. **Arch. Intern. Méd.**, v.157, n.4, p. 449-454, 1997.

MACHADO, J.C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-Mg. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.4, p.592-605, 2007.

MALZEBERG, B. Mortality Among Patients with Involutional Melancholia. **Am. J. Psychiatry**, v.93, p.1231-1238,1937.

MATHER, L.E.; AUSTIN, K.L. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) as an adjunct to pharmacokinetic analysis. *Bioipharm Drug Dispos*, v.4, n.2, Apr-Jun, p.157-72. 1983.

MELO, R.O.V. de; MARTIN, J.F.V. Influência dos níveis pressóricos no desenvolvimento do déficit cognitivo. **Rev.Bras.Hipertens.**, v.15, n.1, p. 37-38, 2008.

MONTEIRO, M.F.G.; ALVES, M.I.C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, R. (Org.). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. p.65-78.

MOREIRA, R.O. et al. Diabetes Mellitus e depressao: uma revisão sistemática. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.47, n.1, p.19-29, 2003.

---

MORRIS, J.C. et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease(CERAD) part I: clinical and neuropsychological assessment for Alzheimer's disease. **Neurology**, v.39, p.1159-1165, 1989.

MUSSELMANN, D.L. et al. Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology and Treatment. **Biol. Psychiatry**, v.54, p.317-329, 2003.

NEGRI, L.S.A. et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciênc. Saúde coletiv.**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, 2004.

NITRINI, R. et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.52, n.4, p.457-465,1994.

OKEREKE, O.I. et al. Type 2 Diabetes Mellitus and Cognitive Decline in Two Large Cohorts of Community-Dwelling Older Adults. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.56, p.1028-1036, 2008.

OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.4, p.734-736, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Informe da Assembléia Mundial sobre o envelhecimento da população**. A – Conf. 31.Viena: ONU, 1982.

PARADELA, E.M.P.; LOURENCO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saude Publica**, v.39, n.6, p.918-923, 2005.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independencia. In: PAPALEO NETO, M. (Ed.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneo, 1996. p.313-323.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v.28, n.1, 2006.

---

PLIGIELLI, L.; KONOPKA, G.; PACK-CHUNG, E. Acyl-coenzima A: cholesterol acyltransferase modulates the generation of the amyloid beta-peptide. **Nat. Cell Biol.**, v.3, p.905-912, 2001.

PORTO, J.A.D. Conceito e diagnostic depressao. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, p.6-11, 1999.

RAMOS, L.R.A. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. IN LR Ramos. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri, SP: Manole, 2005.

RAMOS, L.R. et al. Two year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.5, p.397-407, 1998.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v.21, p.211-224, 1987.

ROTH, M. et al. CAMDEX: a standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. **Br. J. Psychiatry**, v.149, p.698-709, 1986.

ROZENTHAL, M. et al. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Rev. Psiquiatr.**, v.26, n.2, p.204-212, 2004.

SAXBY, B.K. et al. Effectsof hypertension on attention memory, and executive function in older adults. **Health Psychol.**, v.22, n.6, p.587- 591, 2003.

SCALCO, A.Z. et al. Hipertensao arterial sistêmica e depressão. **Clinics**, v.60, n.3, p. 241-250, 2005.

SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demências nos países em desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*. 2002.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin. Gerontol.**, v.5, p.165-173, 1986.

---

SIBERMAN, C. et al. Cognitive déficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. **Rev. Saúde Pública**, v.29, n.6, p.444-450, 1995.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SPRANGERS, M.A. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of live? **J. Clin. Epidemiol.**, v.53, n.9, p.895-907, 2000.

STERN, Y. et al. Diagnosis of dementia in a heterogenous population. **Arch. Neurol.**, v.49, p.453-459, 1992.

STUART-HAMILTON, I. Intellectual changes in late life. In: WOODS, R.T. (Ed.). **Handbook of the clinical psychology of ageing**. New York: John Wiley & Sons, 1996. p.23-41.

TEIXEIRA, M.A.R. Melancholia and depression: a conceptual and historical review in the areas of psychology and psychiatry. **Rev. Psicol. UNESP**, v.4, n.1, p.41-56, 2004.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depression and medical comorbidity. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.32, n.3, p.149-159, 2005.

VERAS, R.P. et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.34, n.1, p.5-12, 2007

VERAS, R.P.; MURPHY, E. The mental health o folder people in Rio de Janeiro. **Int. J. Geriatr. Psiquiatry**, v.9, p. 285-295, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research**. Geneva:WHO, 1992.

YESAVAGE, J.Á. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr. Res.**, v.17, n.1, p.37-49, 1982-1983.

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis**. 4 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1999. 663p.

---

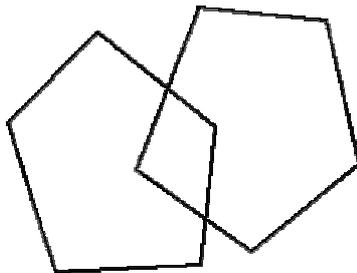


*Anexas*

## ANEXO 1 - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

1. Qual o dia da semana?  
1- errado 2- certo
  2. Qual o dia do mês?  
1- errado 2- certo
  3. Qual o mês?  
1- errado 2- certo
  4. Qual o ano?  
1- errado 2- certo
  5. Qual a hora aproximada?  
1- errado 2- certo
  6. Qual o local específico (apartamento)?  
1- errado 2- certo
  7. Qual o local da residência?  
1- errado 2- certo
  8. Qual o bairro ou rua próxima?  
1- errado 2- certo
  9. Qual a cidade?  
1- errado 2- certo
  10. Qual o estado?  
1- errado 2- certo
  11. Eu vou dizer três palavras, e assim que eu terminar, o(a) senhor(a) as repete  
(procure memorizá-las)  
**VASO, CARRO, TIJOLO**  
0- uma palavra 2- duas palavras 3- três palavras
  12. Soletre a palavra “mundo” de trás para frente: o-d-n-u-m Anotar o número  
de acertos      OU
  13. Quanto é 100 menos 7?  
1- errado 2- certo
  14. Quanto é 93 menos 7? (86)  
1- errado 2- certo
-

15. Quanto é 86 menos 7? (79)  
1- errado 2- certo
16. Quanto é 79 menos 7? (72)  
1- errado 2- certo
17. Quanto é 72 menos 7? (65)  
1- errado 2- certo
18. O(a) Senhor(a) lembra quais são as 3 palavras que disse há pouco?  
1- uma palavra 2- duas palavra 3- três palavras
19. Nomear um relógio e uma caneta  
1- errado 2- certo
20. Repetir: nem aqui, nem ali, nem lá  
1- errado 2- certo
21. “Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o e coloque-o no chão”.  
1- um comando 2- dois comandos 3- três comandos
22. Ler e obedecer: “feche os olhos”  
1- errado 2- certo
23. Escrever uma oração  
1- errado 2- certo
24. Copiar um desenho



- 1- errado 2-certo

---

**ANEXO 2 - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

1. O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com vida?  
0-sim 1-não
2. O(a) senhor(a) interrompeu muitas de suas atividades?  
1-sim 0-não
3. O(a) senhor(a) acha a vida vazia?  
1-sim 0-não
4. O(a) senhor(a) aborrece-se com frequência?  
1-sim 0-não
5. O(a) senhor(a) sente-se bem com a vida a maior parte do tempo?  
0-sim 1-não
6. O(a) senhor(a) teme que algo ruim lhe aconteça?  
1-sim 0-não
7. O(a) senhor(a) sente-se alegre a maior parte do tempo?  
0-sim 1-não
8. O(a) senhor(a) sente-se desamparado(a) com frequência?  
1-sim 0-não
9. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?  
1-sim 0-não
10. O(a) senhor(a) acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?  
1-sim 0-não
11. O(a) senhor(a) acha que é maravilhoso estar vivo agora?  
0-sim 1-não
12. O(a) senhor(a) acha que vale a pena viver da forma que vive agora?  
0-sim 1-não
13. O(a) senhor(a) sente-se cheio(a) de energia?  
0-sim 1-não
14. O(a) senhor(a) acha que a situação tem solução?  
0-sim 1-não
15. O(a) senhor(a) acha que tem muita gente em situação melhor?  
1-sim 0-não

*Fonte: Yesavage, J. A., T. L. Brink, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, v.17, n.1, p.37-49. 1982.*

---

### ANEXO 3 - ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – AVD

1. O(a) senhor(a) não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?  
1-sim 0-não
  
2. O(a) senhor(a) pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos?  
1-sim 0-não
  
3. O(a) senhor(a) vai ao banheiro, usa o banheiro, se veste e retorna sem qualquer ajuda (andador/bengala)?  
1-sim 0-não
  
4. O(a) senhor(a) consegue deitar na cama, sentar-se na cadeira e levantar sem ajuda (andador ou bengala)?  
1-sim 0-não
  
5. O(a) senhor(a) controla completamente urina e fezes?  
1-sim 0-não
  
6. O(a) senhor(a) come sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga no pão)?  
1-sim 0-não

**ANEXO 4 -ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA –  
AVD**

1. O(a) senhor(a) consegue usar o telefone?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
2. O(a) senhor(a) consegue ir a lugares distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
3. O(a) senhor(a) consegue fazer compras?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
4. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
5. O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
6. O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos domésticos como pequenos reparos?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
7. O(a) senhor(a) consegue lavar e passar a própria roupa?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
8. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e nos horários corretos?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda
  
9. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?  
1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda



- 0- De R\$ 301,00 a R\$ 1.500,00 (de 1 a 5 SM).
- 1- De R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00 (de 5 a 10 SM)
- 2- De R\$ 3.001,00 a R\$ 6.000,00 (de 10 a 20 SM)
- 3- Mais de R\$ 6.000,00 (mais de 20 SM)
- 4- Não Sabe
- 5- Não Respondeu

**QUAL A SUA RAÇA OU COR?**

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Parda/ mulato (a)
- 4- Amarela
- 5- Indígena
- Outros

**ESTADO CIVIL**

- 1- Casado ou em união consensual
- 2- Solteiro
- 3- Separado (desquitado/ divorciado/ separado judicialmente)
- 4- Viúvo (a)
- 5- Não Respondeu

**EM QUAL CIDADE VOCÊ NASCEU?** \_\_\_\_\_

**ESTADO EM VOCÊ NASCEU?**

---

**QUAL A SUA PRINCIPAL OCUPAÇÃO ATUALMENTE?**

- 01- Funcionário público
  - 02- Empregado de empresa privada
  - 03- Empresário/ empregador
  - 04- Profissional liberal
  - 05- Pequeno comerciante
  - 06- Autônomo
- 
-

**PERGUNTAS ABERTAS**

O(A) SENHOR(A) SE DAVA MELHOR COM SEUS FAMILIARES/  
CUIDADORES QUANDO ERA JOVEM OU AGORA? POR QUÊ?

O(A) SENHOR(A) SE DÁ BEM COM TODAS AS PESSOAS DA CASA? SE  
NÃO, COM QUEM O(A) SENHOR(A) NÃO SE DÁ? POR QUÊ?

---

## ANEXO - 6

**SER IDOSO EM BOTUCATU-SP**

Número do questionário: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Identificação do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Resultado da pesquisa**

- ( ) **Realizada: obteve-se todas as informações**
- ( ) **Não pertence mais á população em estudo: caso no domicílio não haja mais o morador sorteado, por morte ou mudança de endereço;**
- ( ) **Domicílio fechado: residência habitada, porém os moradores não puderam ser encontrados;**
- ( ) **Domicílio de uso ocasional: residência usada para lazer**
- ( ) **Recusa**
- ( ) **Domicílio vago**
- ( \_\_\_\_\_ ) **Óbito** Data: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_

**BLOCO A) IDENTIFICAÇÃO:**

Nome \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado

Conjugal: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

Quanto tempo mora em Botucatu: \_\_\_\_\_

Ainda trabalha? **Sim**( ) Ocupação atual : \_\_\_\_\_ Ramo de trabalho Local  
\_\_\_\_\_ **Não** ( )

É aposentado? Sim( ) Não( ) Qual o trabalho que realizava  
(ocupação)? \_\_\_\_\_ Ramo de atividade  
(local) \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto( ) Sabe escrever o nome ( ) Aprendeu por outro meio ( )

Primário incompleto( ) Primário completo( ) Ginásio incompleto ( ) Ginásio  
Completo ( ) Colegial incompleto( ) Colegial Completo ( ) Superior Completo( )  
Incompleto ( )

Número total de cômodos da casa, incluindo banheiro: \_\_\_\_\_

Número total das pessoas que residem no domicílio: \_\_\_\_\_

Nome	Idade	Grau parentesco com o idoso	Vacinação contra gripe		Menor de 7 anos em escola ou creche		Renda
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	

**Relação das pessoas do domicílio:**

Outras \_\_\_\_\_ rendas \_\_\_\_\_ do idoso(especificar): \_\_\_\_\_

**BLOCO C- RESPIRATÓRIO**

Já tomou **VACINA** contra a gripe? Sim ( ) Não ( ) Quando? Neste ano ( ) Anos anteriores ( )

Quais ano \_\_\_\_\_ Onde? ( ) Posto de Saúde ( ) Hospital ( ) Clínica Particular

Teve algum sintoma **GRIFE**, nos últimos 15 dias? Sim( ) Não( )

Qual (is) \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ dias Quanto tempo durou? \_\_\_\_\_ dias

[Perguntar ativamente sintomas nos últimos 15 dias]

**Queixas Gerais:**

( ) Febre A Febre foi medida com termômetro? Sim ( ) Não ( )

( ) Dor de cabeça ( ) Dor no corpo ( ) Fadiga

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_(dias) Quanto tempo durou? \_\_\_\_\_(dias)

**Queixas Respiratórias**

( ) tosse ( ) dor de garganta ( ) nariz entupido/escorrendo ( ) catarro no peito ( ) chiadeira

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_(dias) Quanto tempo durou? \_\_\_\_\_(dias)

**Outras Queixas**

( ) Dor de ouvido ( ) dores abdominais ( ) conjuntivite

( ) vômitos

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_(dias) Quanto tempo durou? \_\_\_\_\_(dias)

**Doenças Anteriores/ Doenças Crônicas:**

Pressão alta: ( ) Sim ( ) Não

Problemas do coração: ( ) Sim ( ) Não

Problemas pulmonares: ( ) Sim ( ) Não Quais: (Bronquite, pneumonia, tuberculose, outros) \_\_\_\_\_

Diabetes: ( ) Sim ( ) Não

Foi **INTERNADO** no último ano (hoje para trás)? ( ) Sim ( ) Não

Quando? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Em qual hospital/ cidade?

Por quantos dias? \_\_\_ dias Qual foi o diagnóstico? \_\_\_\_\_

**[EM CASO DE 2 OU MAIS SINTOMAS ACIMA HÁ MENOS DE 2 DIAS – COLHER *swab*]**

Obs \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997

Botucatu, 04 de abril de 2.005

OF.61/2005-CEP

*Ilustríssimo Senhor  
Prof. Dr. José Eduardo Corrente  
Departamento de Saúde Pública da  
Faculdade de Medicina de Botucatu*

*Prezado Prof. José Eduardo,*

*De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de incapacidade funcional, das morbidades mais prevalentes e da mortalidade decorrente em idosos do município de Botucatu", de autoria de Massimo Colombini Netto, orientado por Vossa Senhoria, e co-orientado pelos Profs. Drs. Tânia Ruiz e Paulo José Fortes Villas Boas, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04 de abril de 2.005.*

*Situação do Projeto: APROVADO.*

*Atenciosamente,*



*Alberto Santos Capellupi  
Secretário do CEP*

## **ANEXO 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96- CNS-MS)

### **SEGUIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU (SP)**

A intenção desta pesquisa é de realizar um estudo sobre a capacidade de realizar atividades da vida diária, dificuldades pessoais, hábitos, memória, uso de medicamentos e vacinas, e relacionamento com familiares e comunidade. Esse é um primeiro seguimento da pesquisa anterior e o senhor será convidado para uma consulta médica e oftalmológica e a realizar exames laboratoriais.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, a recusa não implicará nenhum prejuízo ao senhor, como também poderá se recusar a responder a qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniências para ninguém. Os dados coletados são confidenciais, o benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para o conhecimento do risco de mortalidade e doença em botucatuenses na terceira idade.

Você poderá contatar os investigadores nos telefones abaixo: Massimo (11) 9107-1414, Maria Rita 9671-8634, Mauro (15) 8111-0090 ou a Comissão de Ética da Unesp se tiver qualquer pergunta 3802-0000.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivos.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Entrevistado

Pesquisador

Li a informação acima e foi dada oportunidade para perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e concordo em participar nesta pesquisa.

---

# 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](#)