UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Dissertação de Mestrado

Prevalência e fatores associados à depressão em idosos na cidade de Pelotas, RS:

estudo de base populacional

Natália Limões Hellwig

Pelotas, 2014

Natália Limões Hellwig

Prevalência e fatores associados à depressão em idosos na cidade de Pelotas, RS: estudo de base populacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Dra. Elaine Tomasi

Coorientador: Tiago N Munhoz

Pelotas, 2014

Catalogação na Publicação

H476p Hellwig, Natália Limões

Prevalência e fatores associados à depressão em idosos na cidade de Pelotas, RS: : estudo de base populacional / Natália Limões Hellwig ; Elaine Tomasi, orientadora ; Tiago Munhoz, coorientador. — Pelotas, 2014.

113 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Epidemiologia. 2. Depressão. 3. Idoso. 4. Estudos transversais. 5. Saúde mental. I. Tomasi, Elaine, orient. II. Munhoz, Tiago, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Natália Limões Hellwig

Prevalência e fatores associados à depressão em idosos na cidade de Pelotas, RS: estudo de base populacional

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Epidemiologia, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 20 de novembro de 2014.

Banca examinadora:

Profª. Drª. Elaine Tomasi (Orientadora), Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Profª. Drª. Helen Gonçalves, Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profª. Drª. Beatriz Franck Tavares, Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Aos 1.451 idosos que participaram deste estudo.

Agradecimentos

É tarefa inglória agradecer a todas as personagens que estiveram envolvidas no processo de desenvolvimento desta dissertação. E, para não correr o risco de cometer injustiças, agradeço, sobretudo, a todos aqueles que, de alguma forma, passaram pela minha vida e contribuíram para a construção do que eu sou hoje.

Aos queridos professores do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande, por seu carinho e imensa contribuição à minha vida, e por terem me ajudado a desvendar o desejo de seguir uma carreira acadêmica.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia que, por sua reconhecida excelência, será sempre um exemplo de competência a ser seguido.

Às amigas Camila e Isabel, por sua amizade nascida junto com este projeto, mas que não finda com sua conclusão.

Aos demais colegas do mestrado, por compartilharem comigo esta jornada.

À equipe do trabalho de campo – secretária e entrevistadoras – fundamentais e firmes na execução deste trabalho.

Aos funcionários do PPGE pela dedicação, disponibilidade e gentileza no trato com todos os alunos.

À minha orientadora, Elaine Tomasi, pelas contribuições durante a condução deste trabalho e, sobretudo, por seu incentivo e sensatez ante às minhas demandas.

Ao meu coorientador, Tiago Munhoz, por suas contribuições a este trabalho.

À minha família. Mãe, por toda doçura, carinho, delicadeza e, sobretudo, amor sem fim em minha vida; pai, pelo apoio nos momentos difíceis, e por todo seu amor; irmã, uma das minhas maiores incentivadoras; vó (*in memoriam*), pelo brilho de seus olhos a cada conquista minha.

“Pouco importa venha a velhice, que é a velhice?
Teus ombros suportam o mundo
e ele não pesa mais que a mão de uma criança.”

(Carlos Drummond de Andrade)

Resumo

HELLWIG, Natália Limões. **Prevalência e fatores associados à depressão em idosos na cidade de Pelotas, RS:** estudo de base populacional. 2014. 113f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Foi realizado um estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2014, com o objetivo de medir a prevalência e identificar os fatores associados à depressão em idosos. A amostragem foi realizada por conglomerados em dois estágios. Todos os idosos (≥60 anos) residentes nos domicílios selecionados foram convidados a participar. A ocorrência de depressão foi medida utilizando-se a GDS-10 (Geriatric Depression Scale) com o ponto de corte ≥5. Foram obtidas informações de 1.451 idosos. A prevalência de depressão foi de 15,2% (IC95% 13,2-17,2). Após análise multivariável, a ocorrência de depressão foi maior entre as mulheres, os idosos de pior situação econômica, aqueles que não trabalhavam, os fisicamente inativos, aqueles com pior autoavaliação de saúde e naqueles com incapacidade funcional. Maior atenção deve ser dada à identificação de depressão em idosos e seus fatores associados para fundamentar políticas e planejamento de intervenções para tratamento e manejo desta doença em nível coletivo.

Palavras-chave: Depressão; Idoso; Estudos Transversais; Saúde Mental; Saúde do Idoso.

Abstract

HELLWIG, Natália Limões. **Prevalence and associated factors to depression in elderly:** population-based study. 2014. 113p. Dissertation (Master's Degree in Epidemiology) – Post-graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2014.

Was conducted a cross-sectional population-based study in Pelotas, Rio Grande do Sul, in 2014 with the aim of measuring the prevalence and factors associated with depression in the elderly. Sampling was carried out by clusters in two stages. All the elderly people (≥60 years) living in the selected households were invited to participate. The occurrence of depression was measured using GDS-10 (Geriatric Depression Scale) with cutoff ≥5. Information of 1,451 elderly was obtained. The prevalence of depression was 15.2% (95% CI 13.2 to 17.2). After multivariate analysis, the occurrence of depression was higher among women, the elderly worse off, those who did not work, the physically inactive, those with worse self-reported health and those with functional disability. Greater attention should be given to the identification of depression in the elderly and their associated factors to inform policy and planning interventions for treatment and management of this disease at the collective level.

Keywords: Depression; Elderly; Cross-sectional Studies; Mental Health; Elderly Health.

Sumário

Apresentação 10

Projeto de Pesquisa 12

Relatório do Trabalho de campo 64

Artigo "*Prevalência e fatores associados à depressão em idosos: estudo de base populacional*" 83

Normas para submissão do artigo 102

Nota à Imprensa 112

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado segue os moldes regimentais adotados pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Compõem este volume (1) um projeto de pesquisa (defendido em 02 de outubro de 2013), com as alterações sugeridas pela banca examinadora já efetuadas; na sequência está apresentado (2) o relatório do trabalho de campo, documento que detalha as ações de planejamento e execução da coleta de dados; em seguida está disposto (3) o artigo “PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL”, o qual está formatado segundo as normas para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública, e para qual será enviado, incorporadas as sugestões da banca examinadora; (4) as instruções para submissão de artigos no referido periódico; e, por fim, é apresentado (5) um comunicado para a imprensa com um breve resumo dos achados do estudo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Projeto de Pesquisa

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS NA CIDADE DE PELOTAS, RS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Natália Hellwig

Orientadora: Drª. Elaine Tomasi

Coorientador: Tiago Neuenfeld Munhoz

Pelotas, 2013

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **16**

2 REVISÃO DA LITERATURA **18**

2.1 Depressão: caracterização e diagnóstico 18

2.2 Escala de Depressão Geriátrica (GDS) 19

2.3 Estratégias de busca de artigos **21**

2.4 Prevalência e fatores associados à depressão em idosos no mundo 22

2.5 Prevalência e fatores associados à depressão em idosos no Brasil 26

3 JUSTIFICATIVA **32**

4 OBJETIVOS **34**

4.1 Objetivo geral 34

4.2 Objetivos específicos 34

5 HIPÓTESES **35**

6 METODOLOGIA **36**

6.1 Delineamento 36

6.2 Critérios de elegibilidade 36

6.2.1 Critérios de inclusão 36
6.2.2 Critérios de exclusão 36
6.2.3 População-alvo 37

6.3 Definição operacional das variáveis 37

6.3.1 Variável dependente 37
6.3.2 Variáveis independentes 37

6.4 Cálculo do tamanho da amostra 38

6.5 Amostragem 40

6.6 Instrumento de coleta de dados 41

6.7 Logística 41

6.7.1 Seleção e treinamento de pessoal 41
6.7.2 Estudo piloto 42
6.7.3 Trabalho de campo 42
6.7.4 Controle de qualidade 43

6.8 Processamento e análise dos dados 43

7 FINANCIAMENTO **45**

8 ASPECTOS ÉTICOS **46**

9 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E PRODUTOS ESPERADOS **47**

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO **48**

11 CRONOGRAMA **49**

12 REFERÊNCIAS **50**

13 APÊNDICES **54**

Apêndice A – Síntese dos artigos utilizados na revisão da literatura **54**

Apêndice B – Escala de Depressão Geriátrica versão 10 itens 61

Apêndice C – Manual de instruções 62

1 Introdução

O aumento da expectativa de vida da população mundial está relacionado com a melhoria nas condições de vida e de saúde. A queda nas taxas de mortalidade e natalidade é responsável pelo crescimento da proporção de idosos no mundo. De modo geral, a transição demográfica ocorre de maneira diferente entre os países. Nos países de renda alta, como aqueles localizados na Europa e América do Norte, esta transição demográfica iniciou de forma lenta e gradual em várias décadas, impulsionada pelo crescente desenvolvimento industrial. Entre os países de renda média, como aqueles localizados na América Latina e Caribe, a transição demográfica ocorreu tardiamente e de forma mais acelerada do que nos países de alta renda. Em países de baixa renda, como a África, esta transição demográfica ainda não ocorreu, devido a estrutura jovem de sua população[1].

Dessa forma, o envelhecimento populacional nos países de renda média e alta é evidente. Considerando a dinâmica populacional destes países, projeta-se que a população idosa (≥ 60 anos) seja duas vezes maior em 2025 do que aquela existente na década de 1980[2]. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos será quatro vezes maior até 2060. Isto é, a população com essa faixa etária deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total) em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060[3].

Ainda que o envelhecimento populacional no Brasil já pudesse ser observado no início do século XX com a queda nas taxas de mortalidade, só a partir de 1950 é que esse fenômeno se estabeleceu de forma mais acentuada, com o declínio nas taxas de fecundidade. A taxa de fecundidade (número médio de filhos que teria uma mulher ao final do seu período fértil) caiu de 6,2 em 1940 para 1,90 em 2010, portanto, abaixo do nível de reposição, que é de 2,1 filhos por mulher. Em 2010, a região Norte foi a única que ainda tinha taxa de fecundidade acima do nível de reposição. O estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, já vive esta realidade, ao passo que a taxa de fecundidade é de 1,7 filhos por mulher[1].

Esse aumento da proporção de idosos na população é acompanhado pelo aumento da incidência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) na população, incluindo alguns transtornos mentais, principalmente os transtornos demenciais e os depressivos. A depressão é uma das doenças de maior prevalência entre os idosos e que causam maior impacto na vida do sujeito acometido[4], possivelmente sendo a

causa mais frequente de sofrimento emocional e queda na qualidade de vida nesta faixa etária[5]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima ser a segunda maior causa mundial de incapacidade em 2020[6], constituindo, assim, um importante problema de saúde pública em idosos[5,7].

A prevalência de depressão nos idosos pode diferir substancialmente dependendo da definição utilizada para sua operacionalização, do instrumento usado para sua detecção e, principalmente, da população estudada. Diferentes estudos observaram prevalências de depressão em idosos residentes na comunidade entre 5% até 38,5%[8]. Entre os idosos que apresentam comorbidades, que foram hospitalizados ou atendidos em unidades de atenção primária, estas prevalências tendem a variar entre 15% e 25%[9]. Entre os institucionalizados, cerca de 70% dos idosos referem sentimentos de tristeza e depressão, com prejuízos as suas atividades diárias[10].

Desse modo, objetivo deste estudo é estimar a prevalência de depressão em indivíduos com 60 anos ou mais e identificar os fatores associados a esta condição, em uma amostra representativa dos idosos residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

2 Revisão da Literatura

2.1 Depressão: caracterização e diagnóstico

É tarefa difícil conceituar ou mesmo diagnosticar a depressão. O uso do termo “depressão” por leigos e até mesmo entre os profissionais de saúde pode se referir a diferentes significados. Pode ser, por exemplo, um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma doença. Del Porto[11] propõe algumas definições que podem facilitar o entendimento sobre o assunto. A primeira delas se refere ao sentimento de tristeza, uma resposta natural e adaptativa do ser humano diante de situações adversas, e não deve ser alvo de intervenções clínicas. A segunda definição diz respeito ao sintoma depressivo, que também pode ocorrer em resposta a estressores psicossociais e pode surgir nos mais variados quadros clínicos. Ainda, a síndrome depressiva inclui alterações qualitativas no humor (tristeza, irritabilidade, apatia), e pode incluir também outras alterações cognitivas, psicomotoras ou vegetativas. E, por último, a depressão como doença, que pode ser classificada de diferentes maneiras, dependendo do referencial teórico adotado.

Os critérios adotados mundialmente como referência para classificação de transtornos mentais estão disponíveis no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)[12] e na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)[13]. Os principais sintomas relacionados aos transtornos de humor, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR são (1) humor deprimido na maior parte do tempo, (2) anedonia (perda de interesse ou de prazer para realizar as atividades de rotina), (3) sensação de inutilidade ou culpa excessiva, (4) dificuldade de concentração, (5) fadiga ou falta de energia, (6) distúrbios do sono, (7) problemas psicomotores (agitação ou retardo psicomotor), (8) perda ou ganho significativo de peso não intencional e (9) ideias recorrentes de morte.

O objetivo deste estudo é rastrear os casos de ocorrência de sintomas depressivos, ou seja, captar aqueles sujeitos que são, provavelmente, casos com transtorno de humor presente ou aqueles em iminência de desenvolver um transtorno. Neste caso, se adotará o termo depressão de maneira a designar uma condição de ocorrência de sintomas relacionados com o humor deprimido, e não necessariamente se referindo a uma condição clínica baseada em um diagnóstico padronizado para transtornos de humor.

2.2 Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A complexidade diagnóstica dos transtornos do humor exige entrevistas clínicas para avaliar as características dos sintomas e o diagnóstico diferencial, que consiste em descartar que os sintomas apresentados pelo indivíduo sejam decorrentes de outras psicopatologias, uso de substâncias ou reações a eventos da vida, como o luto. Instrumentos de pesquisa que incluem estas dimensões requerem longo tempo de aplicação e são de alto custo para operacionalização, o que inviabiliza, na maioria das vezes, este tipo de procedimento para estudos epidemiológicos. Ainda, a apresentação dos sintomas depressivos nestes sujeitos nem sempre é suficiente para que sejam preenchidos os critérios diagnósticos, podendo resultar em subdiagnóstico, no campo da investigação clínica[14], e subestimar as estimativas populacionais, no campo da pesquisa.

Sendo assim, instrumentos de rastreamento (*screening)* são os mais indicados e utilizados em estudos epidemiológicos. Eles são capazes de identificar como casos positivos para depressão os indivíduos que apresentam sintomas depressivos, sem a necessidade de fazer o diagnóstico diferencial ou utilizar os critérios diagnósticos do DSM-IV ou da CID-10.

Um teste para rastreamento permite a detecção do maior número de indivíduos que necessitam de cuidados de saúde. Para estudos epidemiológicos, instrumentos que sejam de rápida aplicação e de livre acesso são os mais utilizados[15]. Para o rastreio da depressão em idosos, a Escala de Depressão Geriátrica ("*Geriatric Depression Scale*" – GDS)[16] é um dos instrumentos mais utilizados no Brasil e no mundo em pesquisas epidemiológicas. Diversos estudos demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos em idosos. Além disso, suas versões reduzidas de 15, 10, 5 e 4 itens[17], em contraste com a versão original, que contém 30 itens, se tornam especialmente atraentes na medida em que o tempo gasto com sua aplicação é substancialmente reduzido[17,18].

Almeida e Almeida demonstraram recentemente que as versões brasileiras da GDS-15 e GDS-10 oferecem medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV. Estudo de validação da GDS-10 apresentou sensibilidade de 80,5%, especificidade de 78,3%, valor preditivo positivo de 86,8%, e valor preditivo negativo de 69,2% para o ponto de corte ≥ 5 de acordo com os critérios da CID-10. De acordo com os critérios do DSM-IV,

apresentou sensibilidade de 84,8%, especificidade de 67,7%, valor preditivo positivo de 73,7%, e valor preditivo negativo de 80,8% para o ponto de corte ≥ 5[17]. As propriedades do instrumento são satisfatórias para o rastreamento da depressão na comunidade, tanto para os critérios do DSM-IV quanto da CID-10. A avaliação da consistência interna do instrumento, através do coeficiente alfa de Cronbach, revelou que o índice de confiabilidade para a GDS-10 é de 0,75[18]. Dessa forma, a Escala de Depressão Geriátrica, versão abreviada com 10 itens foi o instrumento de escolha para este estudo, de forma que oferece medidas válidas, com bons índices de sensibilidade e especificidade. É um instrumento de livre acesso, de rápida aplicação e que pode ser facilmente utilizado no contexto da pesquisa epidemiológica, além de permitir comparabilidade com a literatura nacional e internacional.

2.3 Estratégias de busca de artigos

Foi realizada uma busca por artigos nas bases de dados PubMed e LILACS para compor a base bibliográfica deste estudo. Esta busca foi restrita para publicações em língua portuguesa, inglesa e espanhola e também foi utilizado o limite de idade para idosos ("*aged*") e para data de publicação inferior a 10 anos.

A estratégia de busca eletrônica incluiu a utilização dos "*Medical Subject Headings*" (MeSH) e dos "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS). Os descritores utilizados em ambas as bases de dados foram: *Depression*, *Depressive Disorder*, *Cross-Sectional Studies* e *Geriatric Depression Scale* (Quadro 1).

Quadro 1 - Descritores e artigos recuperados a partir das bases de dados

Bases	Descritores	N1*	N2**	N3***
PubMed	(("depression"[Mesh] OR "depressive disorder"[Mesh])) AND "cross sectional studies"[MeSH]	2.588	57	11
	"geriatric depression scale"	1.139	62	13
LILACS	"depression"[DeCS] OR "depressive disorder"[DeCS] AND "cross sectional studies"[DeCS]	1.502	44	9
	"geriatric depression scale"	1.049	56	14

*N1 = total de referências recuperadas; **N2 = total de artigos selecionados pelo título; ***N3 = total de artigos selecionados após leitura do resumo.

Foram incluídos na revisão da literatura os artigos que investigaram a ocorrência da depressão e os fatores associados na população de idosos com delineamento transversal de base populacional e que utilizaram a GDS como instrumento de rastreamento. No Brasil, os estudos de base populacional de acordo com os critérios elegíveis foram limitados; então, optou-se por incluir todos os estudos de base populacional localizados, independentemente do instrumento de pesquisa utilizado. Como recurso adicional, foram incluídas teses e dissertações pertinentes ao tema, inquéritos nacionais de saúde, documentos e *websites* de órgãos oficiais e,

ainda, foram consideradas as publicações potencialmente relevantes referenciadas nos artigos selecionados.

Após leitura na íntegra, foram excluídos os artigos que não utilizaram delineamento transversal, os que avaliaram populações específicas (baixa renda, hospitalizadas, com doença cardiovascular, Alzheimer, Parkinson), os que não avaliaram a prevalência ou fatores associados à depressão em idosos, e aqueles artigos publicados a partir das mesmas amostras de outros estudos, sendo incluídos apenas os artigos considerados mais relevantes de cada um deles. Um total de 47 artigos foram lidos na íntegra e, ao final, 24 foram selecionados para compor a revisão da literatura.

No Apêndice A está apresentada a síntese da revisão de literatura. O Quadro 5 apresenta os estudos internacionais que utilizaram a GDS como instrumento de pesquisa; o Quadro 6 apresenta os estudos que utilizaram a GDS no Brasil; e o Quadro 7 apresenta os demais estudos brasileiros que utilizaram outros instrumentos de pesquisa, considerados relevantes incluídos na revisão bibliográfica de acordo com os critérios de elegibilidade.

2.4 Prevalência e fatores associados à depressão em idosos no mundo

Nos últimos dez anos, estudos epidemiológicos de base populacional sobre transtornos depressivos na população idosa foram conduzidos em diferentes países, com objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados a esta condição.

Na China, um estudo realizado com 1486 indivíduos com 60 anos ou mais e que utilizou a GDS-30, identificou uma prevalência de depressão de 27% (IC95% 24,7-29,2). Esta prevalência foi maior entre as mulheres (31,2%; IC95% 28,1-34,3) do que entre os homens (21,5%; IC95% 18,3-24,6). A faixa etária que apresentou maior proporção de casos de depressão foi entre 65 e 69 anos, com uma prevalência de 31,8% (IC95% 27,2-36,4), enquanto que a faixa etária com menor proporção de casos de depressão foi aquela entre 60 e 64 anos de idade, com prevalência de 23,1% (IC95% 18,3-27,9). Neste estudo foram apontados como fatores associados à depressão ser do sexo feminino (OR= 1,66 IC99% 1,02-2,72), a presença de doença cardiovascular (OR= 1,66 IC99% 1,25-2,19), a presença de três ou mais doenças crônicas (OR= 1,91 IC99% 1,18-3,60), ter problemas financeiros (OR= 2,85 IC99%

1,37-5,92), ter vivido experiências desagradáveis (OR= 3,09 IC99% 1,22-7,81), ou ter tido três ou mais eventos de vida adversos (OR= 5,26 IC99% 2,06-13,43)[19].

Outro estudo realizado na China, com uma amostra de 2002 idosos com 60 anos ou mais, utilizando a GDS-15, encontrou uma prevalência geral de depressão de 13%, sendo que esta proporção maior entre os residentes da zona rural (26,6%) do que naqueles da zona urbana (10,8%). Os resultados apontaram como fatores associados a maiores chances de apresentar depressão nos idosos com 80 anos ou mais (OR= 1,56 IC95% 1,04-2,33) em comparação ao grupo com idades entre 60 e 69 anos, não ser casado (OR= 1,86 IC95% 1,40-2,45), com menor renda (OR= 17,69 IC95% 9,28-33,75), com auto avaliação de saúde ruim (OR= 17,69 IC95% 10,68-29,28), dependência para realizar atividades da vida diária (AVD) (OR= 5,79 IC95% 4,16-8,05) e, entre os fatores protetores, estiveram associados a maior escolaridade (OR= 0,33 IC95% 0,23-0,49) e o consumo de álcool (OR= 0,63 IC95% 0,43-0,92)[20].

Na Coreia do Sul, um estudo nacional incluindo 6018 idosos com idade igual ou superior a 65 anos apontou uma prevalência de depressão de 27,8% (IC95% 26,7-29,0). Esta proporção, dividida entre possíveis casos de depressão e prováveis casos de depressão (de acordo com diferentes pontos de corte da GDS-15) foi 10,1% (IC95% 9,3-10,8) para depressão leve, e 17,8% (IC95% 16,8-8,7) para a depressão moderada ou grave. Segundo os autores, os fatores associados a maior chance de apresentar depressão foram a idade, sendo a faixa etária entre 75 e 79 anos de idade a de maior chance (OR= 1,27; IC95% 1,07-1,51) em comparação aos indivíduos com idades entre 65 e 69 anos, ter condição econômica desfavorecida (OR= 1,86; IC95% 1,55-2,24), morar sozinho(a) (OR= 1,38; IC95% 1,17-1,64), não ser escolarizado(a) (OR= 2,85; IC95% 2,33-3,49) e ser tabagista (OR= 1,44; IC95% 1,20-1,73). Entre os fatores protetores, estiveram associados o uso de uma quantidade equivalente a uma unidade ou menos de bebida alcoólica por dia (OR= 0.81; IC95% 0,67-0,98), e a prática de atividade física vigorosa (OR= 0,65; IC95% 0,56-0,76)[21].

Na Espanha, 600 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos participaram de um estudo que, utilizando a GDS-15, identificou uma prevalência de depressão de 25,2%. Este estudo mostrou que ser do sexo feminino (OR= 0.9; IC95% 0,89-0,98) e apresentar dependência para AVD (OR= 1,9 IC95% 1,14-3,16) e dependência para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (OR= 2,5 IC95%

1,46-4,31) foram condições associadas a maiores chances de apresentar depressão[22].

Outro estudo na Espanha, com 1387 idosos de 65 anos ou mais de idade, utilizando a GDS-15, apontou uma prevalência depressão leve de 6,1%, e uma prevalência de depressão moderada ou grave de 2,2% (IC95% 1,4-3,2). Os resultados deste estudo apontaram como fatores associados ao diagnóstico de depressão leve (escore GDS entre 6-9) a dependência para AVD (OR=3,3 IC95% 1,7-6,4), sexo feminino (OR=2,3 IC95% 1,1-4,9), não viver com companheiro (OR=2,0 IC95% 1,1-3,6) e a presença de quatro ou mais problemas de saúde (OR= 2,1 IC95% 1,1-4,3). Para os casos de depressão moderada ou grave (escore GDS >10), os fatores associados foram a dependência para AVD (OR= 5,3 IC95% 2,3-12,4) e a presença de quatro ou mais problemas de saúde (OR= 3,2 IC95% 1,3-7,8)[23].

Em um estudo realizado com 1888 japoneses com 60 anos ou mais, a prevalência de depressão, de acordo com a versão abreviada da escala GDS, foi de 11,5% (IC95% 4,2-28,0). Este estudo não observou associação entre sexo, idade, uso de álcool ou hipertensão e depressão, mas identificou que os idosos com depressão apresentaram menor média do total de anos de estudo quando comparados com os idosos sem depressão (9,6; DP 7,3-11,9 *vs.* 10,1; DP 7,4-12,8, respectivamente)[24].

Outro estudo conduzido no Japão, com 887 indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, utilizando a GDS-5, apontou uma prevalência depressão de 12,9% (IC95% 4,2-28,0). Esta proporção foi de 12,3% entre os homens e de 13,4% entre as mulheres. Foram identificados como fatores associados à ausência de depressão, em homens, a prática de exercícios físicos (OR= 3,46 IC95% 1,47-8,16), o consumo diário de refeições bem equilibradas (OR= 2,75 IC95% 1,25-6,05) e ter algum tipo de passatempo (OR= 2,60 IC95% 1,18-5,77). Para as mulheres, os fatores associados à ausência de depressão foram a prática de exercícios físicos (OR= 3,40 IC95% 1,39-8,32), o consumo diário de refeições bem equilibradas (OR= 2,37 IC95% 1,27-4,43), ter algum tipo de passatempo (OR= 4,32 IC95% 2,20-8,51), o consumo moderado de álcool (OR= 10,46 IC95% 1,16-94,75) e ter boas relações com os vizinhos (OR= 4,87 IC95% 1,08-22,06). A prática de exercícios físicos, educação alimentar e promoção de atividades sociais entre os idosos foram recomendados para a prevenção da depressão[25].

Na Austrália, um estudo realizado com uma amostra de 800 idosos com idades entre 70 e 90 anos identificou que sintomas depressivos relevantes estavam presentes em 6,1% da amostra de acordo com resultado da GDS-15, e 16,6% relataram ter apresentado os mesmos sintomas em algum momento da vida. Os indivíduos com depressão atual tiveram níveis significativamente mais elevados de estresse psicológico e ansiedade, menor satisfação com a vida e um desempenho pior na memória comparados aos idosos sem depressão atual[26].

Em Taiwan, um estudo conduzido com 3970 idosos com idade igual ou superior a 65 anos utilizando a GDS-15 apontou uma prevalência de depressão de 9,8%, com uma proporção maior entre as mulheres (12,4%) do que entre os homens (7,8%). Este estudo apresentou como fatores associados o sexo feminino (OR= 1,49; IC95% 1,07-2,07), estado civil separado(a)/divorciado(a) (OR= 3.29; IC95% 1,51-7,18); viver sozinho(a) (OR= 2,56; IC95% 1,38-4,77), história de doença (OR= 3,63; IC95% 2,09-6,31) e déficit cognitivo (OR= 2,83; IC95% 1,96-4,09)[27].

Em um estudo conduzido nas Ilhas do Mediterrâneo Oriental, com uma população de 1190 idosos de 65 anos ou mais, a proporção de homens e mulheres que apresentaram depressão foi de 25% e 35% respectivamente. A hipertensão arterial (OR= 1,71 IC95% 1,09-2,69) e o sedentarismo (OR= 1,53 IC95% 1,01-2,35) estiveram associados com uma maior chance de apresentar depressão[28].

No México, um estudo realizado com uma população de 7449 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, utilizando a GDS-30, identificou uma prevalência de depressão de 21,7% (IC95% 20,4-23,0) e, após estratificação por idade, o grupo de indivíduos com 80 anos ou mais apresentou uma prevalência de 25,3% (IC95% 21,8-29,2). Mulheres tiveram uma maior prevalência de sintomas depressivos (24,7% IC95% 23,2-26,3) do que os homens (16,2% IC95% 14,5-18,1). Foram identificados como fatores de risco para depressão ser do sexo feminino (OR= 1,58 IC95% 1,40-1,80), estado civil divorciado/separado (OR= 1,43 IC95% 1,05-1,93) em relação aos casados, ter tido doença grave no último ano (OR= 2,28 IC95% 1,95-2,67), ter tido lesão grave no último ano (OR= 1,66 IC95%1,31-2,11), a incapacidade para caminhar ou realizar AVD (OR= 2,18 IC95% 1,89-2,51), perda de visão ou audição (OR= 1,48 IC95% 1,24-1,76); ser aposentado (OR= 1,97 IC95% 1,13-3,44) em relação aos não aposentados, ter problemas com a vizinhança (OR= 2,40 IC95% 1,83-3,15), ter problemas financeiros (OR= 1,54 IC95% 1,25-1,88) e separação/divórcio (OR= 2,79

IC95% 1,42-5,50). Foi encontrada também associação para maior escolaridade (13 anos ou mais completos de estudo) (OR= 0,33 IC95% 0,23-0,47) quando comparados àqueles não escolarizados[29].

Outro estudo conduzido no México, cuja amostra foi composta por 1085 idosos com 60 anos ou mais, apontou uma prevalência de 26,7% de depressão e, entre estes, a proporção de indivíduos que apresentaram sintomas depressivos e sem doenças crônicas foi de 4,8%, a proporção dos indivíduos que apresentaram sintomas depressivos em comorbidade com uma doença crônica foi de 33,4% e, entre os indivíduos que apresentaram sintomas depressivos em comorbidade com duas ou mais doenças crônicas foi de 61,7%, a partir de resultados obtidos através da GDS-15[30].

Na Turquia, estudo com 1067 indivíduos com 70 anos ou mais identificou uma prevalência de depressão de 16%, com dados obtidos através da GDS-30. Entre o grupo identificado como deprimido, a frequência de mulheres foi, aproximadamente, três vezes maior do que de homens (75,5% *vs*. 24,5%)[31]. O estudo identificou como fatores associados o analfabetismo (OR= 3,4 IC95% 1,8-6,5) tomado como referência o grupo de maior escolaridade, idade entre 75-79 anos (OR= 1,8 IC95% 1,2-2,3) em comparação ao grupo etário entre 70 e 74 anos, sexo feminino (OR= 1,7 IC95% 1,1-2,6) e, entre as mulheres, ter quatro ou mais filhos (OR= 2,4 IC95% 1,1-5,2) em comparação às mulheres sem filhos[31].

Estes resultados demonstram grande variabilidade na prevalência de depressão no mundo, com proporções variando de 6,1% a 27,8%. Entre os principais fatores associados, a maioria dos estudos observou maiores prevalências de depressão nas mulheres, nos idosos com maior idade, entre aqueles que não viviam com companheiro, naqueles menos escolarizados, com menor renda, que apresentaram comorbidades com outras doenças crônicas, entre os idosos com incapacidade funcional e entre os fisicamente inativos.

2.5 Prevalência e fatores associados à depressão em idosos no Brasil

No Brasil, Oliveira *et al.*[32] conduziram um estudo em João Pessoa, na Paraíba, com uma amostra de 240 idosos de 60 anos ou mais, e identificaram uma prevalência de depressão de 24,2%. Entre estes, verificou-se maiores frequências na faixa etária

entre 71 e 76 anos (31%), no gênero feminino (86%), entre os casados (41,3%) e os viúvos (34,5%) e no grupo de renda familiar de um até três salários mínimos (50%). Os resultados foram obtidos através da GDS versão abreviada (os autores não mencionam no artigo qual foi a versão utilizada do instrumento).

Nicolosi *et al.*[33], em um estudo realizado com 303 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, no distrito de Ermelino Matarazzo, em São Paulo, SP, encontraram uma prevalência de depressão de 24,9% utilizando a GDS-15. Entre os idosos identificados com depressão, 38% apresentavam três ou mais problemas de saúde, e 33% relataram três ou mais doenças crônicas.

Em São Paulo, SP, o estudo de Alexandrino-Silva *et al.*[34] com uma amostra de 367 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, identificou uma prevalência de depressão de 18,8% (IC95% 16,8-20,8), obtida através do instrumento *Composite International Diagnostic Interview version 1.1* (CIDI 1.1). De acordo com os autores, a percepção de falta de apoio social esteve relacionada à chance de apresentar depressão (OR=3,5 IC95% 1,1-12,1) entre os homens e, entre as mulheres, a maior chance esteve associada à ocorrência de algum evento na vida que desencadeou algum sofrimento (doença grave, separação/divórcio, problemas financeiros) (OR= 2,4 IC95% 1,1-5,6).

Hoffmann *et al.*[35], utilizando a GDS-15, estudaram uma amostra de 258 indivíduos com 60 anos ou mais na cidade de Montes Claros, MG. A prevalência encontrada para a depressão foi de 20,9%. No estudo, foram identificados como fatores associados a dificuldade para dormir (RP= 2,04 IC95% 1,30-3,21) e a dependência para realizar AIVD (RP= 3,22 IC95% 2,08-5,00).

Reichert *et al.*[36], em estudo realizado em Novo Hamburgo, RS, com uma amostra de 379 idosos de 60 anos ou mais, encontraram uma prevalência de depressão de 30% utilizando a GDS-15. A prática de atividade física vigorosa, entre os homens, esteve relacionada com uma menor prevalência de sintomas depressivos (OR= 0,32 IC95% 0,12-0,86) em comparação ao grupo considerado inativo.

Em Minas Gerais, no município de Bambuí, em um estudo com 1510 idosos com 60 anos ou mais conduzido por Castro-Costa *et al.*[8], que fez parte do "*Bambuí Health and Aging Study*" (BHAS), a prevalência de depressão foi de 38,5%. Os fatores associados foram o sexo feminino (RP= 1,15 IC95% 1,01-1,33), ter 80 anos ou mais (RP= 1,22 IC95% 1,02-1,54) em comparação à categoria entre 60 e 69 anos, estado

civil solteiro (RP= 1,25 IC95% 1,02-1,46), ou separado (RP= 1,30 IC95% 1,03-1,65), ter menos de quatro anos de escolaridade (RP= 1,42 IC95% 1,04-2,00) comparados com a categoria de oito anos ou mais de escolaridade, autopercepção da saúde ruim (RP= 2,44 IC95% 1,91-3,12) comparados com a categoria de autopercepção boa ou muito boa, incapacidade funcional (RP= 1,39 IC95% 1,22-1,57) e insônia (RP= 1,77 IC95% 1,22-1,99). Os dados foram obtidos através do *General Health Questionnaire*, versão 12 itens (GHQ-12).

Carvalhais *et al.*[37], a partir dos dados obtidos no BHAS (mencionado no parágrafo anterior), analisaram a prevalência de depressão através de dois grupos de renda (baixa e alta). Os autores encontraram prevalência significativamente maior entre aqueles idosos de pior renda familiar (43,9%), em comparação àqueles que tinham uma melhor renda familiar (27,7%). Entre os indivíduos de baixa renda, os fatores de risco foram ter três ou mais doenças crônicas (OR= 1,83 IC95% 1,17-2,87) comparados àqueles sem nenhuma doença crônica, incapacidade funcional (OR= 2,37 IC95% 1,36-4,15) e insônia (OR= 2,97 IC95% 2,23-3,95). Entre os indivíduos de maior renda, o sexo feminino (OR= 2,03 IC95% 1,27-3,24), ter idade entre 70 e 74 anos (OR= 2,08 IC95% 1,17-3,72) comparados àqueles com idade maior ou igual a 60 anos e insônia (OR= 2,46 IC95% 1,56-3,89) foram os fatores associados. Os dados foram obtidos através do GHQ-12.

No Estado do Rio Grande do Sul, um estudo realizado por Blay *et al.*[38], com uma população de 6961 idosos com 60 anos ou mais, obteve uma prevalência de depressão de 22%, sendo 18% entre os homens e 25% entre as mulheres. A prevalência de depressão foi maior entre aqueles com baixa renda (OR= 1,53 IC95% 1,35-1,75), que apresentaram origem rural (OR= 1,36 IC95% 1,20-1,55), que eram solteiros (OR= 1,31 IC95% 1,15-1,50), com auto percepção de saúde ruim (OR= 2,36 IC95% 2,06-2,70), com três doenças crônicas (OR= 2,43 IC95% 1,87-3,16) em comparação àqueles sem doenças crônicas, deficiência visual (OR= 1,26 IC95% 1,12-1,42), deficiência auditiva (OR= 1,32 IC95% 1,16-1,50), incapacidade para AVD (OR= 5,70 IC95% 3,34-9,73), ter tido quatro hospitalizações nos últimos 12 meses (OR= 4,84 IC95% 2,58-9,07) em comparação àqueles que não foram hospitalizados, falta de exercício físico (OR= 1,25 IC95% 1,11-1,41) e falta de emprego (OR= 1,39 IC95% 1,15-1,67). Os dados foram obtidos através do instrumento *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (Short-SPES).

No município de Santa Cruz, RN, Maciel e Guerra[39] realizaram um estudo com uma amostra de 310 idosos com 60 anos ou mais e, utilizando a GDS-15, encontraram uma prevalência de 25,5% para a depressão. Os fatores associados foram a idade superior a 75 anos (OR= 2,73 IC95% 1,02-7,33), com baixa escolaridade (OR= 2,19 IC95% 1,05-4,57), a auto percepção de saúde péssima (OR= 6,15 IC95% 3,09-13,71) e dependência para realizar AIVD (OR= 3,72 IC95% 1,70-8,11).

Em Pelotas, RS, Gazalle *et al.*[40] idealizaram um instrumento para medir a ocorrência de sintomas depressivos em uma amostra de 583 idosos com 60 anos ou mais. A média dos sintomas depressivos por participante foi de 3,4 (DP= 2,1). As mulheres, os indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado, tabagistas atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano foram os grupos que apresentaram médias estatisticamente maiores (p<0,05) de sintomas depressivos.

De acordo com os dados apresentados na revisão de literatura, os estudos sobre depressão no Brasil apresentaram prevalências que variam entre 18,8% à 38,5%. Entre os fatores associados, a maioria dos estudos observou maiores prevalências de depressão nas mulheres, nos idosos com maior idade, entre aqueles que não viviam com companheiro, naqueles menos escolarizados, com menor renda, que apresentaram comorbidades com outras doenças crônicas e que auto avaliaram pior a sua situação de saúde.

2.6 Marco teórico

Um modelo conceitual de análise serve como sustentação para a compreensão da complexa e multidimensional rede de inter-relações entre as variáveis independentes de um estudo. Ele permite que sejam estabelecidos diferentes níveis hierárquicos de associações entre diferentes exposições e um determinado desfecho. É evidente que, para os fins deste estudo, não se pode estabelecer com clareza e determinação as relações causais entre as variáveis independentes e o desfecho em razão do delineamento ser do tipo transversal. Entretanto, o modelo conceitual hierarquizado permite compreender as associações entre os determinantes de diferentes níveis e o desfecho.

Para identificar e descrever a ocorrência de sintomas depressivos na população idosa da cidade de Pelotas, este estudo baseia-se em um modelo teórico (Figura 1) que relaciona as variáveis de exposição de maneira hierarquizada em três níveis de determinação, de acordo com o que a literatura propõe sobre o assunto.

O envelhecimento é um dos principais preditores de depressão e, mesmo entre a faixa etária que se estabelece para a definição das pessoas idosas, percebe-se que os mais velhos apresentam prevalências maiores do que os idosos com menos idade[20,21,41]. Os idosos tendem a afastar-se de suas atividades laborais ou ocupacionais e do convívio social, e passam a viver mais isolados, seja pela perda do companheiro(a)[21,23,27,29] ou familiares, seja pelo fato de serem mais acometidos por doenças crônicas[22] e terem sua capacidade funcional afetada[26], e estes fatores são determinantes proximais para a ocorrência de depressão[4,30].

É fortemente estabelecido na literatura que a prevalência de depressão é mais elevada entre as mulheres[19,23,25,27,29,42], e isto tem sido atribuído ao fato de que diferenças nos papeis sociais e familiares que as mulheres exercem podem ter consequências psicológicas diferentes na manifestação de transtornos psiquiátricos. O trabalho também é fundamental neste processo e, idosos ativos do ponto de vista ocupacional, têm menores chances de apresentar depressão[38].

Os idosos com menor escolaridade, assim como os indivíduos de menor classe econômica, apresentam maiores prevalências de depressão[20,21,29,41]. A baixa escolaridade, que dificulta o acesso ao emprego e renda, afeta também as condições de saúde e está relacionada com os aspectos comportamentais dos indivíduos. Entre estes aspectos comportamentais o hábito de fumar[21], a ingestão de bebidas alcoólicas – que pode estar associada a menores chances de depressão quando o consumo é moderado[20,25], e a prática de atividade física regular, são preditores de melhor saúde mental e, assim, podem diminuir as chances de depressão[20,21,25,28].

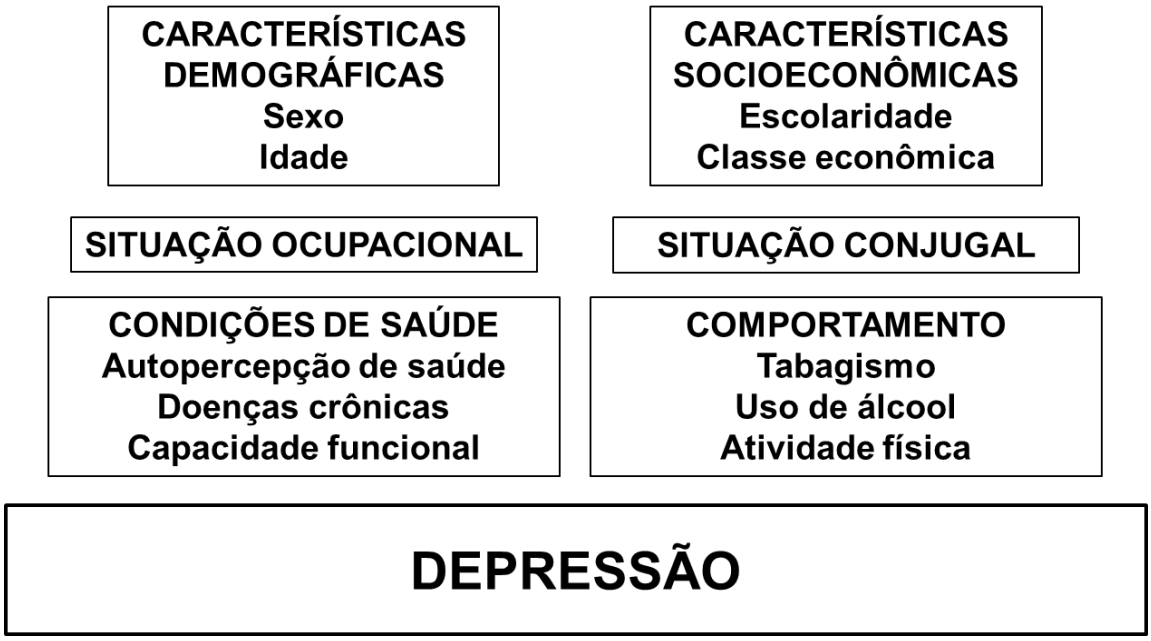

Figura 1: Modelo conceitual de análise do desfecho

3 Justificativa

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado um envelhecimento substancial da sua população[1]. A OMS, preocupada com a qualidade de vida das pessoas na fase idosa, recomenda aos países desenvolvidos e em desenvolvimento que busquem a promoção de um envelhecimento voltado para a manutenção da atividade funcional e da autonomia, acompanhado da melhoria ou manutenção da saúde e da qualidade de vida[6].

A condição de saúde mental da população é considerada um componente fundamental na saúde pública. A depressão tem sido apontada como uma das doenças mais prevalentes entre os idosos[43], e é apontada como um grave problema de saúde pública, por causar danos significativos para os indivíduos afetados[9]. Além do sofrimento psíquico, ela pode prejudicar o desempenho social e ocupacional, e está associada com doenças físicas e prejuízo cognitivo, impactando negativamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos[43]. A OMS atribui à depressão cerca de 12% do total de anos vividos com incapacidade em todo o mundo[44].

O subdiagnóstico dos casos de depressão tem como consequência uma ação limitada por parte dos serviços de saúde, impedindo que o indivíduo receba o manejo adequado. Sem tratamento, o idoso acaba assumindo um quadro de depressão recorrente, que se torna crônica. Compreender as características da doença, suas manifestações e implicações na vida dos sujeitos permite a construção de políticas públicas e o planejamento de ações em saúde mental no sentido de minimizar sua ocorrência e seus danos.

O entendimento do estado de saúde mental dos idosos e seus fatores associados pode contribuir com subsídios para a política do envelhecimento ativo proposta pela OMS. Estudos epidemiológicos que apresentem estimativas populacionais consistentes a respeito da depressão na população idosa e seus possíveis determinantes, apesar de sua importância, são relativamente escassos na literatura mundial e no Brasil.

O último estudo realizado na cidade de Pelotas com o objetivo de identificar a ocorrência de sintomas depressivos na população idosa foi conduzido por Gazalle *et al*.[40] em 2004. Os autores identificaram que 29,4% dos idosos relataram sentimentos de tristeza, 57,6% de ansiedade, 37,4% relataram falta de energia, 40,4% relataram falta de disposição, 33,8% informaram que pensam muito no passado e 54,3%

alegaram preferir ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas. Estes sintomas não estão de acordo com os critérios utilizados pelo DSM-IV ou a CID-10 para transtornos de humor, no entanto, as elevadas prevalências são alarmantes, e indicam que o tema merece atenção.

Nesse sentido se justifica a realização deste estudo, de delineamento transversal, de base populacional, que se dedicará a investigar a prevalência de depressão e seus determinantes entre os idosos da cidade de Pelotas, RS, cidade de médio porte, localizada no extremo sul do Brasil.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Estudar a prevalência de depressão e fatores associados em idosos não institucionalizados residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS.

4.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de depressão em idosos não institucionalizados da zona urbana do município de Pelotas, RS;
- Descrever a ocorrência de depressão de acordo com as seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, classe econômica, situação ocupacional, tabagismo atual, uso de álcool, presença de doenças crônicas, capacidade funcional, atividade física e autopercepção de saúde.

5 Hipóteses

- Espera-se encontrar uma prevalência de depressão próxima de 20%;
- A prevalência de depressão será maior nas mulheres, nos indivíduos com mais idade, nos grupos de classe econômica mais baixa, entre aqueles de menor escolaridade, nos tabagistas, nos idosos que fazem uso de álcool, entre aqueles com mais doenças crônicas e entre os indivíduos com incapacidade funcional (incapacidade para realizar atividades da vida diária (AVD));
- Menores prevalências de depressão são encontradas em idosos que vivem com companheiro(a), que trabalham, entre aqueles com melhor autopercepção de saúde e entre os indivíduos fisicamente ativos.

6 Métodos

6.1 Delineamento

O estudo será do tipo transversal, de base populacional. Este tipo de estudo fornece informações sobre prevalências de desfechos e seus fatores associados, sendo útil para o planejamento em saúde. Sendo o objetivo principal desta pesquisa estimar a prevalência e fatores associados à depressão em idosos, este delineamento é o mais indicado. Além disso, este estudo será útil para investigar exposições e para identificar possíveis associações que poderão ser postas à prova, posteriormente, em outros trabalhos com delineamentos mais adequados para a investigação de relações causais.

Este estudo é parte do consórcio de pesquisa de mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que visa avaliar as condições de vida e saúde dos idosos da cidade de Pelotas, RS no ano de 2014.

6.2 Critérios de elegibilidade

6.2.1 Critérios de inclusão

Serão elegíveis para responder à pesquisa todos os indivíduos com 60 anos ou mais moradores da zona urbana do município de Pelotas, RS. Serão considerados moradores aquelas pessoas cujo domicílio (selecionado para o estudo) é seu local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses.

6.2.2 Critérios de exclusão

Não farão parte da amostra idosos com incapacidade de comunicação verbal, com incapacidade cognitiva ou mental para responder ao questionário, ou aqueles

que estiverem institucionalizados (em hospitais, clínicas, instituições de longa permanência para idosos ou casas de detenção) no período da coleta dos dados.

6.2.3 População-alvo

A população-alvo deste estudo são os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, não institucionalizados, residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS.

6.3 Definição operacional das variáveis

6.3.1 Variável dependente

O desfecho deste estudo é a ocorrência de depressão em idosos. Para estimar esta prevalência, será utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale* – GDS)[16], versão brasileira abreviada[17]. Esta escala contém 10 itens e oferece medidas válidas para o rastreio de Episódio Depressivo Maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV.

Os itens do instrumento são compostos por questões dicotômicas, com respostas do tipo “sim/não” que avaliam sintomas depressivos com um período recordatório de sete dias anteriores a entrevista. Serão considerados casos suspeitos os idosos que obtiverem escore igual ou superior a 5 pontos. Este ponto de corte foi escolhido por ter melhores indicadores de sensibilidade e especificidade: 80,5% e 78,3%, respectivamente, de acordo com os critérios da CID-10 para Episódio Depressivo Maior; e 84,8% e 67,7%, respectivamente, de acordo com os critérios do DSM-III também para Episódio Depressivo Maior[17].

6.3.2 Variáveis independentes

O tipo e a definição operacional das variáveis independentes estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2: Tipo e definição operacional das variáveis independentes

Variável	Definição operacional	Tipo
Sexo	Masculino ou feminino, observado pelo entrevistador	Binária
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Situação conjugal	Vive com ou sem companheiro(a)	Binária
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Classe econômica (ABEP)	A, B, C, D ou E	Categórica ordinal
Situação ocupacional	Trabalho atual (sim/não)	Binária
Tabagismo	Tabagismo atual (sim/não)	Binária
Uso de álcool	Uso de álcool nos últimos 30 dias (sim/não)	Binária
Morbidade autorreferida	Quantidade de doenças crônicas	Categórica ordinal
Capacidade funcional	Capacidade para realizar AVD (sim/não)	Binária
Atividade física	Nível de atividade física (ativo(a)/inativo(a))	Binária
Autopercepção de saúde	Autopercepção de saúde (muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim)	Categórica ordinal

6.4 Cálculo do tamanho da amostra

O Quadro 3 apresenta as estimativas do tamanho da amostra necessária para o estudo de prevalência para as diferentes margens de erro aceitáveis, e o Quadro 4 apresenta os cálculos para o estudo de associações entre as variáveis de exposição e o desfecho. Os cálculos foram realizados através do programa *Epi Info, versão 7*.

Quadro 3: Tamanho de amostra para cálculo de prevalência de acordo com a margem de erro

Prevalência	Erro aceitável*	Subtotal	Total**
20%	3	674	**1112**
	4	381	628
	5	245	404

*em pontos percentuais; **DEFF de 1,5 e adição de 10% para perdas e recusas.

Considerando uma prevalência do desfecho de 20% na população, nível de confiança de 95%, margem de erro de três pontos percentuais, efeito do delineamento (DEFF) de 1,5, e adicionando-se 10% para perdas e recusas, a amostra total necessária será de 1112 idosos.

Quadro 4: Tamanho de amostra para estudo de associações

Exposição (Expostos)	**Razão não exposto: exposto**	**Prevalência em não expostos**	**RR**	**Subtotal**	**Total***
Sexo (Feminino)	40: 60	18%	1,5	757	1437
Idade (≥80)	88: 12	19%	1,6	1081	2052
Situação conjugal (Sem companheiro)	53: 47	19%	1,4	1035	1937
Escolaridade (0-4 anos)	75: 25	18%	1,5	940	1784
Situação ocupacional (Sem trabalho)	20: 80	18%	1,6	837	1589
Tabagismo (Tabagistas)	85: 15	17%	1,9	501	951
Uso de álcool (Uso nos últimos 30 dias)	95: 05	17%	2,1	909	1725
Morbidade autorreferida (≥3 doenças crônicas)	94: 06	15%	2,3	1180	**2240**
Capacidade funcional (Dependência para AVD)	82: 18	14%	2,7	187	355
Atividade física (Inativos)	70: 30	16%	2,4	151	287
Autopercepção de saúde (Ruim ou muito ruim)	62: 38	14%	3,0	96	183

*DEFF de 1,5 e adição de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de confusão

Para o estudo de associação entre as variáveis de exposição e o desfecho, calculou-se a prevalência do desfecho nos não expostos segundo as principais variáveis independentes. As estimativas de frequência das exposições foram encontradas na literatura.

Considerando a prevalência do desfecho de 20% na população, nível de significância de 5%, poder estatístico de 80%, efeito do delineamento (*DEFF*) de 1,5 e adicionando-se, ainda, 10% para perdas e recusas e 15% para controle de confusão, a maior amostra necessária seria de 2240 idosos.

6.5 Amostragem

O processo de amostragem será realizado em múltiplos estágios, tendo como unidades amostrais primárias os setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De forma sistemática, um número pré-definido de domicílios em cada setor incluído na pesquisa será selecionado e todos os seus moradores, observados os critérios de inclusão e exclusão, serão elegíveis para participar do estudo. Maiores detalhes sobre o processo de amostragem estarão descritos no relatório de trabalho de campo.

6.6 Instrumento de coleta de dados

O questionário geral será composto por um bloco de perguntas contendo informações demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde, além das questões específicas de cada projeto de pesquisa do consórcio. O instrumento específico deste estudo, a GDS-10 (ver Apêndice B), é composto por dez questões que avaliam a suspeição de depressão, e será aplicado verbalmente aos entrevistados em um único bloco, seguindo a ordem das perguntas do instrumento.

6.7 Logística

6.7.1 Seleção e treinamento de pessoal

Será realizada uma seleção para recrutamento de pessoal para a realização das entrevistas, e a divulgação da seleção se dará por meio de mídia impressa de circulação local e eletrônica (*website* da UFPel), redes sociais e cartazes afixados nos espaços acadêmicos. O requisito mínimo para a seleção é ter Ensino Médio completo, e terão preferência aquelas pessoas com experiência prévia em pesquisa.

A duração do treinamento será de, aproximadamente, 40 horas. Neste processo, serão abordados aspectos do manual de conduta do entrevistador e do manual de instruções para todas as questões do bloco geral e de cada um dos instrumentos de pesquisa dos mestrandos. Serão conduzidos os seguintes procedimentos durante o treinamento: apresentação da pesquisa; estudo das técnicas

de entrevista quanto à abordagem domiciliar e de entrevista individual, através de dramatizações com os próprios entrevistadores; instruções utilização do *software* de coleta de dados e do manual de instruções do questionário; realização do estudo piloto.

6.7.2 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado em um setor censitário não incluído na amostra final do estudo. Os entrevistadores participarão do processo a fim de vivenciarem a logística do trabalho de campo, exercitando a abordagem aos domicílios e a aplicação dos questionários. O estudo será útil, também, para a auxiliar na sistematização a ser adotada para o trabalho de campo.

6.7.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo será realizado com o fim de atingir aos objetivos propostos nos projetos do consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2013/2014 do PPGE/UFPel. Os mestrandos serão responsáveis pela supervisão do trabalho de campo e dos entrevistadores. O trabalho de campo se constituirá na coleta de dados nos domicílios selecionados conforme o processo de amostragem descrito anteriormente. O prédio do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) da UFPel servirá como núcleo do trabalho de campo, onde haverá um determinado número de supervisores diariamente, com exceção dos finais de semana e feriados, com as responsabilidades referentes a esta etapa de coleta de dados e que serão definidas posteriormente.

Em relação à coleta de dados, a utilização do *software* "*Pendragon Forms Manager*" possibilitará a entrada das informações de modo direto no banco de dados, através de codificação automática das respostas, com a facilidade de limitar a necessidade do processo de dupla digitação. O *Pendragon* descarregará as informações para um computador central via *Bluetooth*, disponibilizado a todos os mestrandos para posterior verificação das informações disponíveis. Todos os

mestrandos receberão treinamento para uso do *Pendragon* antes dos entrevistadores e da coleta dos dados. Cada entrevistador usará um *netbook* com o *software* instalado, disponibilizado pelo PPGE.

As entrevistas se darão nos domicílios dos indivíduos que compõem a amostra e cada entrevistador visitará, em média, três residências por dia. Após as entrevistas, os entrevistadores revisarão e codificarão apenas as perguntas em aberto (caso necessário), com o auxílio de seu supervisor de campo, já que os demais dados serão diretamente inseridos pelo *Pendragon*.

Serão consideradas perdas as entrevistas que não puderem ser realizadas após, no mínimo, três novas tentativas de entrevista em dias e horários diferentes. Pelo menos uma das tentativas será realizada pelo supervisor do trabalho de campo.

6.7.4 Controle de qualidade

Para verificação da consistência das informações obtidas no trabalho de campo, será realizada uma revisita em 10% dos domicílios, sorteados aleatoriamente, e será aplicada uma versão reduzida do questionário para verificar se o instrumento foi corretamente aplicado. A concordância entre as informações coletadas no estudo e no controle de qualidade será avaliada através do índice Kappa. Os questionários serão revisados pelos mestrandos para o controle de possíveis erros no preenchimento ou detecção de respostas incoerentes.

6.8 Processamento e análise dos dados

Inicialmente, será realizada uma descrição das principais características da amostra. A descrição de variáveis numéricas envolverá o cálculo de médias, medianas e desvios-padrão. A descrição das variáveis categóricas envolverá a descrição das frequências absolutas e proporções entre as categorias, através de tabelas e gráficos. Será calculada a prevalência do desfecho gerando uma variável categórica binária, e será calculado o intervalo de confiança de 95% para esta prevalência.

Posteriormente, serão realizadas análises bivariadas para estudar a associação entre o desfecho (binário) e as variáveis de exposição (numéricas ou

categóricas). A associação entre o desfecho e as variáveis de exposição categóricas será analisada usando tabelas de contingência, estimando-se as razões de prevalência com respectivos intervalos de confiança. Os testes estatísticos serão baseados no teste de qui-quadrado. Quando possível serão calculados testes de tendência linear. Para todos os testes será adotado um nível de significância de 5%. Na análise multivariada será usada a regressão de Poisson de forma a possibilitar a estimativa direta de razões de prevalências. Será utilizado um modelo conceitual de análise para o estudo dos determinantes da depressão na amostra. As análises serão realizadas através do *software* “*Stata*” (*Statistics/Data Analysis*), versão 12.0.

7 Financiamento

Este estudo fará parte do consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2013/2014 do PPGE/UFPel, financiado pelo PPGE com recursos do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel e somente após sua aprovação será iniciado o processo de coleta de dados. Será solicitado consentimento por escrito de todos os indivíduos elegíveis para o estudo. Será assegurado o direito de não resposta de parte ou da totalidade do questionário. Uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará em poder do entrevistado. Não serão realizados procedimentos invasivos, que acrescentem risco a saúde individual. O investigador garantirá sigilo dos dados coletados.

Como este estudo prevê a identificação de possíveis casos de depressão, aqueles indivíduos que pontuarem um escore de cinco pontos ou mais, indicando risco de depressão, receberão orientações da mestranda responsável pelo estudo, psicóloga, via telefone ou visita à residência, para buscar auxílio de profissionais e serviços de saúde para avaliação especializada em saúde mental. Estes idosos serão encaminhados ao Ambulatório de Saúde Mental de Pelotas e também à Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas, ambos serviços gratuitos.

9 Divulgação dos resultados e produtos esperados

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, exigida à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, bem como da publicação total ou parcial dos resultados em formato de artigo em periódicos científicos, e de nota à imprensa local com os principais resultados. Ainda, é possível a elaboração de material informativo sobre as condições de vida e saúde da população idosa de Pelotas, a ser entregue à população-alvo deste estudo.

10 Limitações do estudo

O objetivo geral deste trabalho é conhecer a prevalência de depressão entre os idosos. O instrumento que se utiliza nesta pesquisa é uma ferramenta de triagem, que oferece com resultado uma medida baseada na presença de sintomas depressivos, útil principalmente para rastrear casos na população, ou seja, fornece uma estimativa. Este instrumento não substitui o diagnóstico baseado em entrevista clínica realizado por profissionais de saúde mental.

11 Cronograma

Atividades	2013										2014											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão da literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboração do projeto				■	■	■	■															
Planejamento logístico							■	■	■													
Seleção de entrevistadores								■	■													
Treinamento de entrevistadores									■													
Estudo-piloto									■													
Coleta de dados										■	■	■	■									
Controle de qualidade										■	■	■	■									
Análise dos dados													■	■	■	■	■					
Redação do artigo																	■	■	■	■	■	
Defesa da dissertação																						■

12 Referências

1. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007;4(17):135-40.

2. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento:o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):127-41.

3. IBGE. Censo Demográfico. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

4. Santos KT, Fernandes MH, Reis LA, Coqueiro RS, Rocha SV. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. Revista brasileira de fisioterapia. 2012;16(4):295-300.

5. Reeves WC, Strine TW, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia I, Dringra SS, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental Illness surveillance among adults in the United States. MMWR Surveill. 2011;60(3):1-29.

6. WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

7. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, et al. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settins. J Am Geriatr Soc. 2003;51:694-8.

8. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JO, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambui Health Aging Study). Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(2):104-9.

9. Reynolds CF, 3rd, Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. Psychiatr Serv. 1999;50(9):1167-72.

10. Chachamovich E, Fleck MP, Power M. Is Geriatric Depression Scale-15 a suitable instrument for measuring depression in Brazil? Results of a Rasch analysis. Psychol Health Med. 2010;15(5):596-606.

11. Del Porto JA. Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr R, C. ME, editors. Depressão no ciclo da vida. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

12. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamento de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

13. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

14. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2001;36(12):613-20.
15. Coutinho ESF, Huf G, Bloch KV. Ensaios clínicos pragmáticos: uma opção na construção de evidências em saúde. Cad Saúde Publ. 2003;19(4):1189-93.
16. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research. 1982;17(1):37-49.
17. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. International journal of geriatric psychiatry. 1999;14(10):858-65.
18. Almeida OP, Almeida SA. [Reliability of the Brazilian version of the ++abbreviated form of Geriatric Depression Scale (GDS) short form]. Arquivos de neuro-psiquiatria. 1999;57(2B):421-6.
19. Yunming L, Changsheng C, Haibo T, Wenjun C, Shanhong F, Yan M, et al. Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi'an China: a community-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27(1):31-9.
20. Li N, Pang L, Chen G, Song X, Zhang J, Zheng X. Risk factors for depression in older adults in Beijing. Can J Psychiatry. 2011;56(8):466-73.
21. Park JH, Kim KW, Kim MH, Kim MD, Kim BJ, Kim SK, et al. A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. Journal of affective disorders. 2012;138(1-2):34-40.
22. Millan-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, Vazquez GA, Sanchez A, Lorenzo T. Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of both. Int J Geriatr Psychiatry. 2011;26(10):1071-9.
23. Navarro B, Andres F, Parraga I, Morena S, Latorre JM, Lopez-Torres J. Approach to major depression in old people. International psychogeriatrics / IPA. 2010;22(5):733-8.
24. Hidaka S, Ikejima C, Kodama C, Nose M, Yamashita F, Sasaki M, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among older Japanese people: comorbidity of mild cognitive impairment and depression. International journal of geriatric psychiatry. 2012;27(3):271-9.

25. Aihara Y, Minai J, Aoyama A, Shimanouchi S. Depressive symptoms and past lifestyle among Japanese elderly people. Community Ment Health J. 2011;47(2):186-93.

26. Reppermund S, Brodaty H, Crawford JD, Kochan NA, Slavin MJ, Trollor JN, et al. The relationship of current depressive symptoms and past depression with cognitive impairment and instrumental activities of daily living in an elderly population: the Sydney Memory and Ageing Study. Journal of psychiatric research. 2011;45(12):1600-7.

27. Wang JK, Su TP, Chou P. Sex differences in prevalence and risk indicators of geriatric depression: the Shih-Pai community-based survey. Journal of the Formosan Medical Association. 2010;109(5):345-53.

28. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous N, et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) study. J Nutr Health Aging. 2010;14(6):449-55.

29. Garcia-Pena C, Wagner FA, Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Espinel-Bermudez C, Garcia-Gonzalez JJ, et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. J Gen Intern Med. 2008;23(12):1973-80.

30. Gallegos-Carrillo K, Garcia-Pena C, Mudgal J, Romero X, Duran-Arenas L, Salmeron J. Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. J Psychosom Res. 2009;66(2):127-35.

31. Kulaksizoglu IB, Gurvit H, Polat A, Harmanci H, Cakir S, Hanagasi H, et al. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. International psychogeriatrics / IPA. 2005;17(2):303-12.

32. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves Mdo S, Moreira MA, Caldas CP. [The symptomatology of self-referred depression by elderly people who live in a shantytown]. Ciencia & saude coletiva. 2012;17(8):2191-8.

33. Nicolosi GT, Falcao DV, Batistoni SS, Lopes A, Cachioni M, Neri AL, et al. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. International psychogeriatrics / IPA. 2011;23(6):941-9.

34. Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli LF, Wang YP, Andrade LH. Psychiatry - life events and social support in late life depression. Clinics. 2010;66(2):233-8.

35. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Depressive symptoms and associated factors among elders dwelling in a community in the North of Minas Gerais state, Brazil. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):190-7.

36. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33(2):165-70.

37. Carvalhais SM, Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO, Castro-Costa E, Uchoa E. The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). The International journal of social psychiatry. 2008;54(5):447-56.

38. Blay SL, Batista AD, Andreoli SB, Gastal FL. The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(11):934-43.

39. Maciel ÁCC, Guerra RO. Prevalence and associated factors of depressive simptomatology in elderly residents in the Northeast of Brazil. J Bras Psiquiatr. 2006;55(1):26-33.

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

41. Kulaksizoglu IB, Gürvit H, Polat A, Harmanci H, Cakir S, Hanagasi H, et al. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. Int Psychogeriatr. 2005;17(2):303-12.

42. Millan-Calenti JC, Sanchez A, Lorenzo T, Maseda A. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. Geriatr Gerontol Int. 2012;12(2):198-206.

43. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(5):372-87.

44. Ebmeier K, Donaghey C, Steele J. Recent developments and current controversies in depression. Lancet. 2006;367(9505):153-67.

13 Apêndices

Apêndice A: Síntese dos artigos utilizados na revisão da literatura

Quadro 5: Principais estudos internacionais, transversais, de base populacional, que utilizaram a GDS

PRIMEIRO AUTOR *Título* Ano de publicação País	Delineamento Tamanho da amostra (N) Idade da amostra Instrumento	Resultados
YUNMING L *Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi'an China: a community-based study* 2012 China	Transversal de base populacional 1486 ≥ 60 GDS-30	Prevalência de depressão: 27% (IC95% 24,7-29,2%). Fatores associados: sexo feminino (OR 1,66 IC99% 1,02-2,72); maior renda (OR 0,42 IC99% 0,15-1,16); doença cardiovascular (OR 1,66 IC99% 1,25-2,19); mais de 3 doenças crônicas (OR 1,91 IC99% 1,18-3,60); problemas financeiros (OR 2,85 IC99% 1,37-5,92); experiências desagradáveis (OR 3,09 IC99% 1,22-7,81); 3 ou mais eventos de vida adversos (OR 5,26 IC99% 2,06-13,43).
PARK JH *A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea* 2012 Coréia do Sul	Transversal de base populacional 6018 ≥ 65 GDS-15	Prevalência de depressão: 27,8% (IC95% 25,4-28,2). Fatores associados: faixa etária entre 75-79 anos de idade (OR= 1,27 IC95% 1,07-1,51) em comparação àqueles com idade entre 65-69; condição econômica desfavorecida (OR= 1,86 IC95% 1,55-2,24); morar sozinho(a) (OR= 1,38 IC95% 1,17-1,64); não ser escolarizado(a) (OR= 2,85 IC95% 2,33-3,49); ser analfabeto(a) (OR= 1,22 IC95% 1,02-1,48); ser tabagista (OR= 1,44 IC95% 1,20-1,73); uso de uma quantidade equivalente a uma unidade ou menos de bebida alcoólica por dia (OR= 0,81 IC95% 0,67-0,98); prática de atividade física vigorosa (OR= 0,65 IC95% 0,56-0,76).
MILLÁN-CALENTI JC *Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive*	Transversal de base populacional 600 ≥ 65 GDS-15	Média de 3,9 (IC95% 0,6-7,2) sintomas depressivos para cada indivíduo. Prevalência de sintomas depressivos: 25,2%. Fatores associados: sexo feminino (OR= 0,9; IC95% 0,89-0,98);

impairment, depressive symptoms and co-existence of both 2011 Espanha		dependência para AVD (OR= 1,9 IC95% 1,14-3,16); dependência para AIVD (OR= 2,5 IC95% 1,46-4,31).
HIDAKA S *Prevalence of depression and depressive symptoms among older Japanese people: comorbidity of mild cognitive impairment and depression* 2011 Japão	Transversal de base populacional 1888 ≥ 60 GDS abreviada e entrevista clínica	A prevalência de depressão foi de 11,5% (IC95% 4,2-28). Comprometimento cognitivo leve foi mais prevalente em indivíduos com depressão (26,2%) do que naqueles com humor normal (17,9%).
REPPERMUND S *The relationship of current depressive symptoms and past depression with cognitive impairment and instrumental activities of daily living in an elderly population: The Sydney Memory and Ageing Study* 2011 Austrália	Transversal de base populacional 800 70-90 GDS-15	Sintomas depressivos estavam presentes em 6,1% da amostra e 16,6% relataram história de depressão. Os indivíduos com depressão atual tiveram níveis significativamente mais elevados de estresse psicológico e ansiedade, e menor satisfação com a vida e um desempenho pior na memória comparados aos idosos sem depressão atual (apresenta as médias dos escores para cada instrumento de acordo com grupos de depressão/não depressão).
LI N *Risk factors for depression in older adults in Beijing* 2011 China	Transversal de base populacional 2002 ≥ 60 GDS-15	Prevalência geral de depressão: 13%, sendo 26,6% na zona rural e 10,8% na zona urbana. Fatores associados: faixa etária ≥80 (OR= 1,56 IC95% 1,04-2,33) em comparação ao grupo 60-69 anos; residir na zona rural (OR= 2,14 IC95% 1,61-2,84); não ser casado (OR= 1,86 IC95% 1,40-2,45); maior escolaridade (OR= 0,33 IC95% 0,23-0,49); menor renda (OR= 17,69 IC95% 9,28-33,75); saúde física ruim (OR= 17,69 IC95% 10,68-29,28); dependência para AVD (OR= 5,79 IC95% 4,16-8,05); consumo de álcool (OR= 0,63 IC95% 0,43-0,92).
AIHARA Y *Depressive symptoms and past lifestyle among Japanese elderly people* 2011 Japão	Transversal de base populacional 887 ≥ 65 GDS-5	Prevalência de sintomas depressivos: 12,9%. Fatores associados à ausência de sintomas depressivos em homens: exercício físico (OR= 3,46 IC95% 1,47-8,16); consumo diário de refeições bem equilibradas (OR= 2,75 IC95% 1,25-6,05); presença de passatempos (OR= 2,60 IC95% 1,18-5,77). Fatores associados à

		ausência de sintomas depressivos em mulheres: exercício físico (OR= 3,40 IC95% 1,39-8,32); consumo diário de refeições bem equilibradas (OR= 2,37 IC95% 1,27-4,43); presença de passatempos (OR= 4,32 IC95% 2,20-8,51); consumo moderado de álcool (OR= 10,46 IC95% 1,16-94,75); boas relações com os vizinhos (OR= 4,87 IC95% 1,08-22,06). Exercício físico, educação alimentar e promoção de atividades sociais entre as pessoas de meia-idade foram recomendados para a prevenção de sintomas depressivos.
WANG JK *Sex differences in prevalence and risk indicators of geriatric depression: the Shih-Pai community-based survey* 2011 Taiwan	Transversal de base populacional 3970 ≥ 65 GDS-15	Prevalência de depressão geriátrica: 9,8%. Fatores associados: sexo feminino (OR= 1,49 IC95% 1,07-2,07); estado civil separado(a)/divorciado(a) (OR= 3,29 IC95% 1,51-7,18); viver sozinho(a) (OR= 2,56 IC95% 1,38-4,77); história de doença (OR= 3,63 IC95% 2,09-6,31); *déficit* cognitivo (OR= 2,83 IC95% 1,96-4,09).
NAVARRO B *Approach to major depression in old people.* 2010 Espanha	Transversal de base populacional 1387 ≥ 65 GDS-15 e DDES	Prevalências: provável depressão leve/moderada 6,1% e severa 2,2%. Fatores associados ao diagnóstico de depressão severa: dependência para AVD (OR= 3,3 IC95% 1,7-6,4); sexo feminino (OR= 2,3 IC95% 1,1-4,9); situação conjugal sem companheiro(a) (OR= 2,0 IC95% 1,1-3,6); presença de 4 ou mais problemas de saúde (OR= 2,1 IC95% 1,1-4,3). Para depressão severa, os fatores associados foram: dependência para AVD (OR= 5,3 IC95% 2,3-12,4); presença de 4 ou mais problemas de saúde (OR= 3,2 IC95% 1,3-7,8).
MAMPLEKOU E *Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean Islands) Elderly Study* 2010 Ilhas do Mediterrâneo Oriental	Transversal de base populacional 1190 ≥ 65 GDS-15	Prevalências: depressão severa 30%; sintomas de depressão leve/moderada: 62%. Fatores associados: hipertensão arterial (OR= 1,71 IC95% 1,09-2.69) e sedentarismo (OR= 1,53 IC95% 1,01-2,35) foram associados com maior chance de apresentar sintomas depressivos graves (escore GDS >10), enquanto que maior renda, residir em áreas rurais (p = 0,03) e tabagismo leve (p = 0,04) foram associados com menores chances de apresentar sintomatologia depressiva grave.

GALLEGOS-CARRILLO K *Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults* 2009 México	Transversal de base populacional 1085 ≥ 60 GDS-15	Prevalência de sintomas depressivos: 26,73%; prevalência de sintomas depressivos e sem doenças crônicas: 4,8%; comorbidade com uma doença crônica: 33,4%; comorbidade com ≥2 doenças crônicas: 61,7%.
GARCÍA-PEÑA C *Depressive symptoms among older adults in Mexico City* 2008 México	Transversal de base populacional 7449 ≥ 60 GDS-30	Prevalência: 21,7% (IC95% 20,4-23,0). Fatores associados: sexo feminino (OR= 1,58 IC95% 1,40-1,80); maior escolaridade (13+) (OR= 0,33 IC95% 0,23-0,47); estado civil divorciado(a)/separado(a) (OR= 1,43 IC95% 1,05-1,93); doença grave no último ano (OR= 2,28 IC95% 1,95-2,67); lesão grave no último ano (OR= 1,66 IC95% 1,31-2,11); incapacidade para caminhar ou realizar AVD (OR= 2,18 IC95% 1,89-2,51); perda de visão ou audição (OR= 1,48 IC95% 1,24-1,76); aposentadoria (OR= 1,97 IC95% 1,13-3,44); problemas com a vizinhança (OR= 2,40 1,83-3,15); problemas financeiros (OR= 1,54; IC95% 1,25-1,88); separação/divórcio (OR= 2,79; IC95% 1,42-5,50).
KULAKSIZOGLU IB *Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul* 2005 Turquia	Transversal de base populacional 1067 ≥ 70 GDS-30	Prevalência: 16%. Fatores associados: analfabetismo (OR= 3,4 IC95% 1,8-6,5) em comparação ao grupo de maior escolaridade; idade entre 75-79 anos (OR= 1,8 IC95% 1,2-2,28), em comparação com aqueles com idades entre 70-74; sexo feminino (OR= 1,7 IC95% 1,1-2,6); ter 4 ou mais filhos (OR= 2,38 IC95% 1,1-5,17) em comparação às mulheres sem filhos.

Quadro 6: Estudos transversais de base populacional no Brasil que utilizaram a GDS

PRIMEIRO AUTOR *Título* Ano publicação Cidade e/ou Estado	Delineamento Tamanho da amostra (N) Idade da amostra Instrumento	Resultados
OLIVEIRA MF *The symptomatology of self-referred depression by elderly people who live in a shantytown* 2012 João Pessoa, PB	Transversal de base populacional 240 ≥ 60 GDS abreviada	Prevalências: leve 19,6%; severa 4,6%; global 24,2%. Fatores associados (p<0,05): faixa etária entre 71 e 76 anos (31%), gênero feminino (86%), casados(as) (41,3%) e os(as) viúvos(as) (34,5%) e no grupo de renda familiar de um até três salários mínimos (50%).
NICOLOSI GT *Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables* 2011 Ermelino Matarazzo,São Paulo, SP	Transversal de base populacional 303 ≥ 65 GDS-15	A prevalência de depressão foi 24,9% (não apresenta IC). Fatores associados: entre os idosos identificados com depressão, 38% apresentavam 3 ou mais problemas de saúde, e 33% relataram 3 ou mais doenças crônicas.
HOFFMANN EJ *Depressive symptoms and associated factors among elders dwelling in a community in the North of Minas Gerais state, Brazil* 2010 Montes Claros, MG	Transversal de base populacional 258 ≥ 60 GDS-15	Prevalência de sintomatologia depressiva: 20,9%. Fatores associados: dificuldade para dormir (RP= 2,04 IC95% 1,30-3,21); dependência para AIVD (RP= 3,22 IC95% 2,08-5,00).
REICHERT CL *Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil* 2010 Novo Hamburgo, RS	Transversal de base populacional 379 ≥ 60 GDS-15	Prevalência de sintomas depressivos: 30% (não apresenta IC95%). A atividade física mais intensa esteve relacionada com uma menor prevalência de sintomas depressivos em homens, mas não em mulheres (não apresenta medida de efeito, só valor p).
MACIEL ACC *Prevalence and associated factors of depressive simptomatology in elderly residents in the Northeast of Brazil* 2006 Santa Cruz, RN	Transversal de base populacional 310 ≥ 60 GDS-15	Prevalência de sintomatologia depressiva: 25,5%. Fatores associados: idade >75 anos (OR= 2,73 IC95% 1,02-7,33); analfabetismo/semianalfabetismo (OR= 2,19 IC95% 1,05-4,57); autopercepção de saúde péssima (OR= 6,15 IC95% 3,09-13,71); dependência para realizar AIVD (OR= 3,72 IC95% 1,70-8,11).

Quadro 7: Estudos transversais de base populacional que utilizaram outros instrumentos para rastreio de depressão em idosos no Brasil

PRIMEIRO AUTOR *Título* Ano publicação/período do estudo Cidade e/ou Estado	Delineamento Tamanho da amostra (N) Idade da amostra Instrumento	Resultados
ALEXANDRINO-SILVA C *Psychiatry: life events and social support in late life depression* 2010 São Paulo, SP	Transversal de base populacional 367 ≥ 60 CIDI 1.1 (*Composite International Diagnostic Interview version 1.1*)	Prevalência de depressão: 18,8% (IC95% 16,8-20,8). Fatores associados: percepção de falta de apoio social esteve relacionada à chance de apresentar depressão (OR= 3,5 IC95% 1,1-12,1) entre os homens e, entre as mulheres, a maior chance esteve associada à ocorrência de algum evento na vida que desencadeou algum sofrimento (doença grave, separação/divórcio, problemas financeiros, etc.) (OR= 2,4 IC95% 1,1-5,6).
CASTRO-COSTA E *Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study)* 2008 Bambuí, MG	Transversal de base populacional 1510 ≥ 60 GHQ-12 (*General Health Questionnaire*)	A prevalência de depressão foi de 38,5%. Fatores associados: sexo feminino (RP= 1,15 IC95% 1,01-1,33); ≥80 (RP= 1,22 IC95% 1,02-1,54) comparados com a categoria de 60-69 anos; estado civil solteiro(a) (RP= 1,25 IC95% 1,02-1,46), ou separado(a) (RP= 1,30 IC95% 1,03-1,65); menos de 4 anos de escolaridade (RP= 1,42 IC95% 1,04-2,00) comparados com aqueles de 8 anos ou mais de escolaridade; autopercepção da saúde ruim (RP= 2,44 IC95% 1,91-3,12) comparados com a categoria de autopercepção boa ou muito boa; incapacidade funcional (RP= 1,39 IC95% 1,22-1,57); insônia (RP= 1,77 IC95% 1,22-1,99).
CARVALHAIS SMM *The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS)* 2008 Bambuí, MG	Transversal de base populacional 1499 ≥ 60 GHQ-12 (*General Health Questionnaire*)	A prevalência de depressão foi de 38,5%. Fatores associados: menor renda familiar; as demais análises dos foram conduzidas através de dois grupos de renda (baixa e alta). Entre os indivíduos de baixa renda: ter 3 ou mais doenças crônicas (OR= 1,83 IC95% 1,17-2,87) comparados àqueles sem nenhuma doença crônica; incapacidade funcional (OR= 2,37 IC95% 1,36-4,15); insônia (OR= 2,97 IC95% 2,23-3,95). Entre os indivíduos de renda alta, sexo feminino (OR= 2,03 IC95% 1,27-3,24); ter idade entre 70 e 74 anos (OR= 2,08 IC95% 1,17-3,72) comparados àqueles com idade ≥60 anos; insônia (OR= 2,46 IC95% 1,56-3,89).

BLAY SL *Depression Morbidity in Later Life: Prevalence and Correlates in a Developing Country* 2007 Rio Grande do Sul	Transversal de base populacional 6961 ≥ 60 Short-SPES (*Short Psychiatric Evaluation Schedule*)	A prevalência de depressão foi de 22% (homens: 18%; mulheres: 25%). Fatores associados: baixa renda (OR= 1,53 IC95% 1,35-1,75), origem rural (OR= 1,36 IC95% 1,20-1,55), ser solteiro(a) (OR= 1,31 IC95% 1,15-1,50), autopercepção de saúde ruim (OR= 2,36 IC95% 2,06-2,70), presença de 3 doenças crônicas (OR= 2,43 IC95% 1,87-3,16) em comparação àqueles sem doenças crônicas, deficiência visual (OR= 1,26 IC95% 1,12-1,42), auditiva (OR= 1,32 IC95% 1,16-1,50), incapacidade para AVD (OR= 5,70 IC95% 3,34-9,73), 4 hospitalizações nos últimos 12 meses (OR= 4,84 IC95% 2,58-9,07) em comparação àqueles que não foram hospitalizados, falta de exercício físico (OR= 1,25 IC95% 1,11-1,41), falta de emprego (OR= 1,39 IC95% 1,15-1,67).
GAZALLE FK *Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil* 2004 Pelotas, RS	Transversal de base populacional 583 ≥ 60 Instrumento criado pelos autores	A média dos sintomas depressivos por participante foi de 3,4 (DP= 2,1). Fatores associados, após análise ajustada, que apresentaram médias estatisticamente maiores (p<0,05) de sintomas depressivos: mulheres, indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado, tabagistas atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano.

Apêndice B – Escala de Depressão Geriátrica versão 10 itens

"Agora vamos falar sobre como o(a) senhor(a) tem se sentido na última semana. Por favor, responda "sim" ou "não" para as próximas perguntas."
1. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com sua vida? (0) Sim (1) Não
2. O(a) Sr.(a) deixou de lado muitos de seus interesses e atividades? (1) Sim (0) Não
3. O(a) Sr.(a) se aborrece com frequência? (1) Sim (0) Não
4. O(a) Sr.(a) se sente de bom humor na maior parte do tempo? (0) Sim (1) Não
5. Atualmente, o(a) Sr.(a) se sente sem esperança? (1) Sim (0) Não
6. O(a) Sr.(a) se sente sem valor? (1) Sim (0) Não
7. O(a) Sr.(a) se sente cheio(a) de energia? (0) Sim (1) Não
8. O(a) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor do que o(a) sr.(a)? (1) Sim (0) Não
9. O(a) Sr.(a) prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas? (1) Sim (0) Não
10. O(a) Sr.(a) se sente feliz na maior parte do tempo? (1) Sim (0) Não

Apêndice C – Manual de instruções

Manual de Instruções - Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (GDS-10)

Instruções:

As perguntas a seguir são de livre interpretação por parte do entrevistado. Todas as perguntas deverão ser lidas da forma como estão escritas no questionário. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida sobre qual forma interpretar alguma questão, diga-lhe que a interpretação é livre e que queremos que ele(a) responda da forma como entende a pergunta. Se o(a) entrevistado(a) não entender a pergunta, repita novamente a questão e leia também as opções de resposta (“sim” ou “não”). Considere as respostas negativas (por exemplo, “acho que não”) como “não”, e as positivas (por exemplo, “acho que sim”) como “sim”. Se o(a) entrevistado(a) responder “antes eu me sentia assim, agora não”, pergunte “como o(a) senhor(a) se sente em relação a esta situação hoje?”. Em último caso, marque a opção “IGN”.

IMPORTANTE: Prefira fazer as perguntas desta seção sem outras pessoas por perto. Se o(a) idoso(a) estiver na companhia de outras pessoas, explique que as próximas perguntas são particulares e que algumas pessoas preferem respondê-las enquanto estão sozinhas. Pergunte: “O Sr.(a) se importa em responder as próximas perguntas sozinho(a), sem outras pessoas por perto? É rápido, não deve demorar mais do que 3 minutos.”

Se o(a) idoso(a) ou o(a) acompanhante se recusarem, explique que é importante pois as perguntas se tratam de conteúdo íntimo. Ainda assim, se houver recusa, proceda com a aplicação do questionário e procure obter as respostas diretamente do(a) idoso(a), evitando que o(a) acompanhante interfira nas respostas.

Se o(a) idoso(a) se recusar a responder alguma destas próximas questões, educadamente diga que é muito importante que ele(a) responda a todas as questões. Tente reverter a situação e obter a resposta. Por exemplo: Se a pessoa não escolher uma das duas opções de resposta, diga: “Me desculpe, mas eu preciso que o Sr.(a) responda “sim” ou “não”. É importante que o Sr.(a) escolha a opção que melhor

descreva como tem se sentido na última semana". Em último caso, se o(a) idoso(a) se recusar a responder a mais de uma das próximas questões ou se negar responder toda esta seção, anote no seu caderno qual a questão não foi respondida, o número da pessoa, o número da família, o número do setor e fale com o seu supervisor. Se você está aplicando o questionário na versão digital (*netbook*) selecione todas as opções de resposta “IGN”.

ATENÇÃO: Esta seção pode ser de conteúdo emotivo para algumas pessoas. Se você notar que o(a) idoso(a) está tendo dificuldades em responder pois ficou emocionado(a), não prossiga as perguntas sem ter a certeza de que ele(a) está bem. Faça uma pausa, em silêncio, por alguns segundos. Demonstre uma postura acolhedora, ofereça um lenço de papel se o(a) idoso(a) estiver chorando e mostre que você se solidariza com os sentimentos dele(a). Não diga frases do tipo “tudo vai ficar bem” ou “tenho certeza que as coisas vão melhorar”. Pergunte se o(a) idoso(a) deseja continuar a responder a estas perguntas e, caso contrário, encerre o questionário.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO DE PESQUISA DE MESTRADO 2013/2014

Pelotas, 2014

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO ..... Erro! Indicador não definido.

2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO **69**

3. QUESTIONÁRIOS **71**

4. MANUAL DE INSTRUÇÕES **72**

5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM **72**

6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS **73**

7. ESTUDO PILOTO **75**

8. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO **766**

9. LOGÍSTICA DOS ACELERÔMETROS **788**

10. CONTROLE DE QUALIDADE **79**

11. RESULTADOS GERAIS **79**

12. CRONOGRAMA **81**

13. ORÇAMENTO **811**

14. REFERÊNCIAS **822**

1. Introdução

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), foi criado em 1991 e foi o primeiro da área de Saúde Coletiva a receber nota “7”, conceito máximo da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo considerado de excelência no padrão internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, bianualmente, o “Consórcio de Pesquisa”, que consiste em um estudo transversal, de base populacional realizado na zona urbana do município de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul[1]. Essa pesquisa, contribui com a redução do tempo de trabalho de campo e otimiza os recursos financeiros e humanos. Além disso, visa compartilhar entre os alunos a experiência em todas as etapas de um estudo epidemiológico resultando nas dissertações dos mestrandos e ainda, retratando a situação de saúde da população da cidade.

Ao longo de quatro bimestres, através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ofertadas pelo PPGE, ocorre o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até a planificação e execução do trabalho de campo. Em 2013/14, a pesquisa contou com a supervisão de 18 mestrandos do PPGE, sob a coordenação de três docentes do Programa: Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Helen Gonçalves e Dra. Elaine Tomasi. Neste ano o estudo de base populacional teve um diferencial, pois foi realizado apenas com a população idosa da cidade, indivíduos com 60 anos ou mais, no qual foram investigadas informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais, juntamente com temas específicos de cada mestrando (Tabela 1). Além da aplicação do questionário, foram realizados testes, medidas antropométricas e medida de atividade física através de um aparelho (acelerômetro) com os idosos, sendo essas medidas parte dos estudos de alguns mestrandos. O peso e altura do joelho possibilitaram a medida de Índice de Massa Corporal (IMC), através de uma fórmula específica, que foi a única comum a todos os mestrandos.

Tabela 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2013/2014.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Ana Paula Gomes dos Santos	Nutrição	Comportamento alimentar
Andrea Wendt Böhm	Educação Física	Suporte social para atividade física
Bárbara Heather Lutz	Medicina	Uso de medicamentos inadequados
Camila Garcez Ribeiro	Odontologia	Perda dentária e uso de prótese
Caroline dos Santos Costa	Nutrição	Obesidade geral e abdominal
Fernanda Ewerling	Economia	Avaliação temporal da posse de bens
Fernando Pires Hartwig	Biotecnologia	Consumo de leite e intolerância à lactose
Giordano Santana Sória	Odontologia	Falta de acesso e utilização de serviço odontológico
Isabel Oliveira Bierhals	Nutrição	Dependência para comer, comprar e fazer as refeições
Luna Strieder Vieira	Nutrição	Risco nutricional
Maurício Feijó da Cruz	Educação Física	Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas
Natália Limões Hellwig	Psicologia	Depressão
Natália Peixoto Lima	Nutrição	Ambiente domiciliar e fatores de risco para queda
Rosália Garcia Neves	Enfermagem	Vacinação contra *influenza*
Simone Farías Antúnes	Nutrição	Fragilidade em idosos
Thaynã Ramos Flores	Nutrição	Orientações sobre hábitos saudáveis
Thiago Gonzalez Barbosa e Silva	Medicina	Prevalência de Sarcopenia
Vanessa Iribarrem Avena Miranda	Farmácia	Utilização do programa Farmácia Popular

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de idosos da cidade de Pelotas, RS, 2013”. Este

projeto geral, também chamado de “projetão”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFPel através da Plataforma Brasil no dia 19 de novembro, com a obtenção do número de protocolo:201324538513.1.0000.5317. No dia posterior ao envio, o projeto foi aprovado pelo CEP.

2. Comissões do trabalho de campo

O Consórcio de Pesquisa busca integrar todos os mestrandos para o trabalho em grupo, para isso foram estabelecidas comissões e responsáveis por cada uma a fim de garantir melhor preparação da pesquisa e bom andamento do trabalho de campo. Essas comissões eram compostas por todos os mestrandos, podendo os mesmos estar inseridos em mais de uma delas. Ainda, os alunos pertencentes à *Wellcome Trust* ficaram envolvidos com o trabalho do Consórcio de 2013/14, embora suas dissertações não tenham sido feitas com os dados coletados nesta pesquisa. As comissões, os responsáveis e as suas atribuições estão listadas abaixo:

Elaboração do questionário: Bárbara Lutz; Thaynã Flores.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do questionário comum à todos os mestrandos, pela organização dos instrumentos de cada mestrando e pela elaboração do controle de qualidade.

Logística e trabalho de campo: Gary Joseph; Giordano Sória; Isabel Bierhals; Natália Hellwig.

Foi responsável pela contratação de uma secretária, pela aquisição e controle do material utilizado em campo. Ainda, organizou seleção das candidatas para executarem a contagem dos domicílios (“bateção”) e para a função de entrevistadoras e, também, auxiliou na organização dos treinamentos.

Elaboração do “Projetão”: Ana Paula Gomes; Camila Garcez.

Foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base em itens dos projetos de cada mestrando.

Financeiro: Fernanda Ewerling; Fernando Hartwig; Isabel Bierhals.

Responsável pelo orçamento e controle das finanças do Consórcio de Pesquisa.

Amostragem e banco de dados: Andrea Böhm; Caroline Costa; Leidy Ocampo; Luna Vieira; Maurício da Cruz; Simone Farías.

Essa comissão foi responsável por organizar os dados para a realização do processo de amostragem da pesquisa, sendo esses dados os mapas e setores censitários. Além disso, organizaram todo o questionário na versão digital utilizando o *software* Pendragom®Forms VI e sua inserção em todos os *netbooks* utilizados no trabalho de campo. Após o início da pesquisa, semanalmente, os integrantes da comissão se organizaram em escalas de plantão para realizar a transferência das entrevistas para o servidor e gerenciamento do banco de dados, executando todas as alterações necessárias e corrigindo as inconsistências disponibilizadas pela comissão das planilhas. Por fim, essa comissão foi responsável, também, pela versão final do banco de dados que foi utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

Divulgação do trabalho de campo: Giordano Sória; Rosália Neves; Thiago Silva.

Responsável pela divulgação da pesquisa para a população através dos meios de comunicação existentes, juntamente com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE). Ainda, essa comissão auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes.

Elaboração do relatório de trabalho de campo: Rosália Neves; Thaynã Flores.

Foi responsável pelo registro de todas as informações relevantes das reuniões e pela elaboração do relatório do trabalho de campo do Consórcio de Pesquisa do PPGE.

Elaboração do manual de instruções: Thiago Silva; Vanessa Miranda.

Responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral, procedimentos genéricos durante a entrevista e instruções para cada pergunta dos questionários dos mestrandos.

Controle de planilhas: Fernanda Ewerling; Natália Lima.

Essa comissão foi responsável pelo controle de entrevistas de cada setor, sendo que as informações eram obtidas de cada mestrando, semanalmente, para que a planilha ficasse atualizada. Essa planilha possuía informações sobre número de domicílios visitados, número de idosos, número de domicílios sem idosos, número de entrevistas realizadas, controles de qualidades feitos e pendências de entrevistas ou de setores. Ainda, foi responsável pelo controle de inconsistências das entrevistas que eram enviadas para o mestrando responsável pela entrevistadora, solucionado e devolvido para a comissão do banco de dados para a correção.

3. Questionários

As questões referentes aos aspectos socioeconômicos foram incluídas no instrumento “Bloco B”, sendo referente ao bloco domiciliar. As questões demográficas, comportamentais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A” ou bloco individual.

O Bloco A era respondido por indivíduos com 60 anos ou mais, pertencentes à pesquisa. Esta parte foi composta por 220 questões, incluindo aspectos demográficos e questões específicas do instrumento de cada mestrando, como: atividade física, estilo de vida, presença de doenças, alimentação e nutrição, utilização dos serviços de saúde, vacinação contra a gripe, consultas com o dentista, utilização de prótese dentária, acesso e utilização de medicamentos, ajuda para alguma atividade de vida diária e depressão. Além disso, continha os testes e medidas que foram realizados durante a entrevista (teste de marcha, levante e ande e da força manual; medidas de peso, altura do joelho e circunferência da cintura). Também foi coletada saliva apenas em idosas nascidas nos meses de janeiro, março, maio, junho, agosto, setembro, outubro e dezembro.

O Bloco B foi respondido apenas por uma pessoa, preferencialmente o chefe da família, podendo ser ou não o(a) idoso(a). Esse bloco continha 31 perguntas referentes aos aspectos socioeconômicos da família e posse de bens.

4. Manual de instruções

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e eventualmente nas entrevistas durante o trabalho de campo. Cada entrevistadora possuía uma versão impressa do manual e para agilizar no momento da entrevista ainda tinha nos *netbooks* uma versão digital do documento.

O manual continha informações necessárias para cada questionário, incluindo orientações sobre o que se pretendia coletar de dados, tendo a explicação da pergunta e opções de resposta além de instruções nos casos em que as opções deveriam ser lidas ou não. Ainda, continha as definições de termos utilizados no questionário, a escala de plantão com o telefone de todos os supervisores e cuidados com a manipulação do *netbook*.

5. Amostra e processo de amostragem

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o tema de interesse, tanto para estimar número necessário para prevalência quanto para as possíveis associações. Em todos os cálculos foram considerados 10% para perdas e recusas com acréscimo de 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão, e ainda, o efeito de delineamento amostral dependendo de cada tema. Na oficina de amostragem realizada nos dias 16 e 17 de outubro de 2013 coordenada pelos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros e Maria Cecília Formoso Assunção, foi definido o maior tamanho de amostra necessário (n=1.649) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. Inicialmente, foram selecionados os conglomerados através dos dados do Censo de 2010[2]. No total tinham 488 setores, porém em razão de haver setores com número muito pequeno de indivíduos com 60 anos ou mais, em comparação aos outros, alguns foram agrupados, restando 469 setores que foram ordenados, de acordo com a renda média dos setores, para a realização do sorteio. Esta estratégia garantiu a inclusão de diversos bairros da cidade e com situações econômicas distintas. Cada setor continha informação do número total de domicílios, organizados através do número inicial e número final, totalizando 107.152 domicílios do município. Sendo assim, com base no Censo de 2010, para encontrar os 1.649 indivíduos foi necessário incluir 3.745 domicílios da zona urbana do município de Pelotas. Definiu-se que seriam selecionados sistematicamente 31 domicílios por setor para possibilitar a identificação de, no mínimo, 12 idosos nos mesmos, o que implicou na inclusão de 133 setores censitários. Os domicílios, dos setores selecionados, foram listados e sorteados sistematicamente.

A comissão de amostragem e banco de dados providenciou os mapas de todos os setores sorteados e estes foram divididos entre os 18 mestrandos, ficando cada um responsável por, em média, sete setores censitários.

6. Seleção e treinamento das entrevistadoras

Para o reconhecimento dos setores e contagem dos domicílios, realizou-se uma seleção de pessoal para compor a equipe do trabalho de campo. Foi realizada uma pré-divulgação da abertura das inscrições para a função de “batedora” na rede social *Facebook* e site do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) a partir do dia 14 de outubro de 2013. A divulgação do edital iniciou no dia 21 de outubro de 2013 e foi realizada por diversos meios, como: *web site* da Universidade Federal de Pelotas e do CPE, no jornal Diário da Manhã, cartazes nas faculdades e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. As inscrições foram encerradas no dia 1° de novembro de 2013.

Como critérios de seleção para as candidatas às vagas de “batedora” e posteriormente entrevistadora, foram utilizados os seguintes critérios: ser do sexo feminino, ter o ensino médio completo e disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características, também, foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no trabalho no reconhecimento dos setores, aparência, carisma, relacionamento interpessoal e indicação por pesquisadores do programa. Nesse edital, inscreveram-se 157 pessoas. A seleção das entrevistadoras foi realizada com base em experiências prévias em pesquisa, disponibilidade de tempo e apresentação das candidatas, resultando em 77 pré-selecionadas.

O treinamento para o reconhecimento dos setores censitários foi realizado em novembro de 2013, tendo 4 horas de duração e ao final a aplicação de uma prova teórica, a qual serviu como critério de seleção para a realização do reconhecimento dos setores censitários que fizeram parte do consórcio de pesquisa do PPGE 2013/14. Das 77 selecionadas, 67 compareceram no dia do treinamento. Sendo que após a realização da prova teórica permaneceram 36. Cada mestrando contou com 2 mulheres para realizar o reconhecimento de cada setor. Este processo, chamado de “bateção”, iniciou em novembro de 2013 e foi até o início de dezembro do mesmo ano, identificando todos os domicílios pertencentes aos setores correspondentes. Além do endereço completo foi, também, registrada a situação do domicílio, ou seja, se era residencial, comercial ou desocupado. Cada mestrando realizou o controle de qualidade (CQ) nos setores sob sua responsabilidade logo quando o reconhecimento foi feito, sendo uma revisão aleatória de alguns domicílios, a observação do ponto inicial e final do setor e recontagem dos domicílios. Cada batedora recebeu R$ 60,00 por setor adequadamente reconhecido, sendo pago somente após o CQ feito pelo supervisor.

As 29 batedoras que permaneceram até o final do reconhecimento dos setores, foram chamadas para o treinamento do questionário e padronização das medidas que iniciou em janeiro de 2014. De acordo com a logística do trabalho de campo, seria necessário no mínimo de 30 entrevistadoras. Além destas, foram chamadas outras previamente indicadas por pesquisadores e vindas de outras pesquisas que estavam sendo realizadas concomitante.

O treinamento para as entrevistas iniciou no dia 08/01/2014 pela manhã, sendo que 23 entrevistadoras foram convocadas. O mesmo foi realizado pelos mestrandos do programa, onde cada um apresentou suas questões a fim de garantir melhor desempenho das entrevistas. Após a realização da prova teórica, 11 entrevistadoras foram selecionadas para a padronização de medidas de altura do joelho, circunferência da cintura, peso e circunferência da panturrilha. Durante a padronização uma entrevistadora desistiu, restando 10 para serem divididas, onde optou-se por uma organização em duplas de mestrandos.

O trabalho de campo iniciou no dia 28/01/2014 e após o terceiro dia três entrevistadoras desistiram. Diante do número reduzido de entrevistadoras em campo, os mestrandos e responsáveis pelo consórcio de pesquisas do PPGE optaram por realizar uma nova seleção de entrevistadoras. O edital para inscrições foi realizado da mesma maneira que o primeiro e ficou disponível para inscrição do dia 31/01 até 07/02 de 2014. Sendo assim, 65 entrevistadoras se inscreveram e optou-se por chamar todas para este segundo treinamento. No dia 11/02/2014 iniciou o novo treinamento, com as 65 inscritas. Após o primeiro dia 20 destas permaneceram e restaram 14 para a padronização de medidas, tendo uma desistência totalizando em 13 entrevistadoras ao final. O treinamento e padronização de medidas tiveram duração de 2 semanas, utilizando os turnos da manhã e tarde.

7. Estudo piloto

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa foi realizado no dia 24/01/2014 em um setor não sorteado para a pesquisa, sendo realizado em um dos condomínios da Cohabpel durante manhã e tarde deste dia. Um mestrando de cada dupla responsável pela entrevistadora acompanhou a entrevista e realizou uma avaliação padrão, que também foi considerada mais uma etapa da seleção das mesmas. Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião com os mestrandos para a discussão de situações encontradas em campo e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo.

No dia 24/02/2014, exatamente um mês após o primeiro, foi realizado outro estudo piloto, também no condomínio Cohabpel no período da tarde como forma de seleção das entrevistadoras que participaram do treinamento de questões e padronização de medidas da segunda etapa. Foi discutido entre a turma, após ambos estudos pilotos, sobre o desempenho das candidatas e questões que precisavam ser reforçadas antes do início do trabalho.

8. Logística e trabalho de campo

O início do trabalho de campo deu-se no dia 28/01/2014, inicialmente as entrevistadoras recebiam os vales-transportes e visitavam por conta os domicílios referentes aos setores dos seus mestrandos responsáveis. Porém, devido ao reduzido número de entrevistadoras e algumas desistências que ocorreram entre as primeiras selecionadas e, também, para agilizar o trabalho de campo a logística foi reorganizada contando com o auxílio de uma van da UFPel que levava as entrevistadoras nos setores selecionados para a pesquisa. Para isso, o trabalho de campo foi realizado por bairros e respectivos setores, com todas as entrevistadoras juntas permanecendo cada mestrando como responsável pelos setores previamente sorteados e pelas entrevistadoras. Os critérios foram os mesmos em ambos os treinamentos. Esta van da UFPel iniciou ao final do mês de fevereiro (27/02/2014) e permaneceu até o final do campo, agosto (02/08/2014), foram 114 dias trabalhados para o Consórcio de Pesquisas do PPGE.

Em todos os domicílios sorteados foi aplicado um questionário de composição familiar (CF), no qual eram registrados: nome e idade de todos os moradores e contato telefônico (fixo e/ou celular). Onde havia algum morador com 60 anos ou mais, essa pessoa era convidada a participar da pesquisa no momento, através de uma carta de apresentação, e se no momento, não fosse possível era agendado o melhor horário.

Nos domicílios em que não tinham moradores com 60 anos ou mais, era aplicado um questionário sobre a posse de bens a cada dois domicílios, ou seja, no primeiro que fosse aplicado o questionário de composição familiar e não houvesse

idosos aplicava-se o questionário de composição familiar e posse de bens. No segundo que não tivesse idosos, não se aplicava o questionário de posse de bens (apenas o de composição familiar). No terceiro, aplicavam-se ambos, e assim por diante. Esta parte, em domicílios sem idosos, foi realizada por ser o tema de pesquisa de uma mestranda (Figura 1).

Inicialmente, as CF eram aplicadas pelas entrevistadoras juntamente com o questionário de posse de bens, realizado a cada dois domicílios sem idosos. Essa parte da pesquisa obteve remuneração extra às entrevistas. Após o término das CF de todos os setores de um bairro iniciou-se a etapa de entrevistas, as quais foram agendadas por telefone, ou pessoalmente, e distribuídas para as entrevistadoras de forma homogênea.

Tendo em vista a nova logística, durante o trabalho de campo a escala de plantões teve que ser reorganizada tendo dois mestrandos por dia, um que ia na van, organizando a rota e auxiliando as entrevistadoras, e outro que agendava as entrevistas e organizava a demanda recebida na sala do consórcio.

Diante das necessidades em identificar idosos em outros setores, de outros bairros, os mestrandos assumiram as CF, indo nos domicílios para fazer a identificação dos moradores e entregada carta de apresentação em casos de presença de idoso além da aplicação das questões de posse de bens. Essa mudança foi um consentimento geral entre a turma a fim de otimizar o tempo do trabalho de campo. Sendo assim, outros setores foram abertos e as entrevistadoras ficaram responsáveis somente pelas entrevistas com idosos que, na maioria das vezes, eram previamente agendadas.

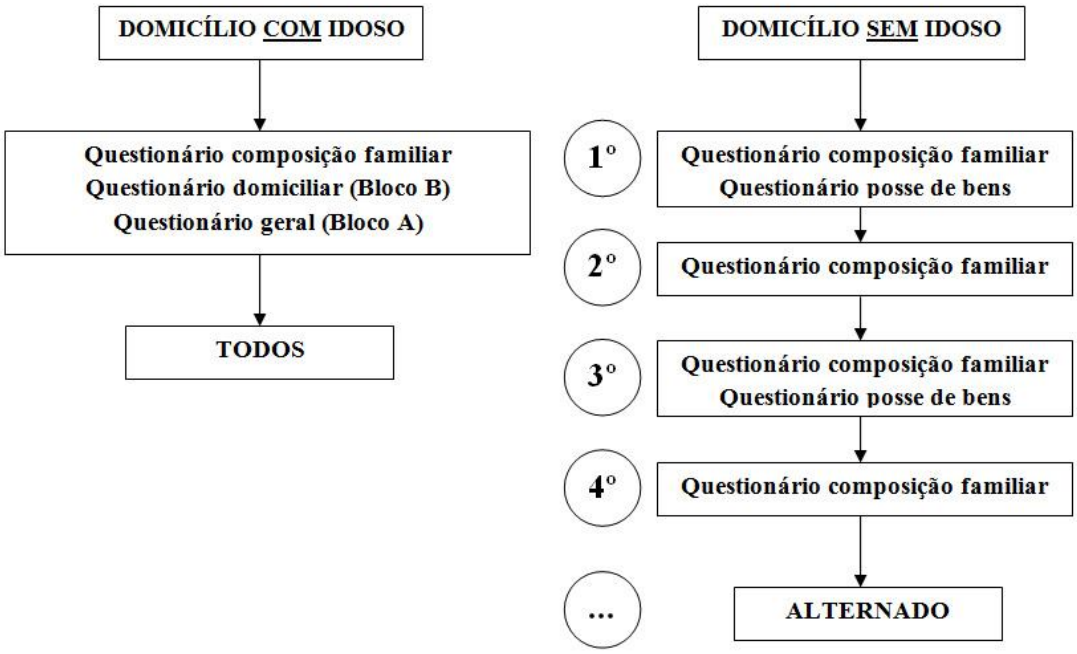

Figura 1. Fluxograma do funcionamento das composições familiares em domicílios com e sem idosos (60 anos ou mais). Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2014. Pelotas, RS.

9. Logística dos acelerômetros

Durante o trabalho de campo, todos os idosos entrevistados eram contatados para a entrega de um aparelho que mede a atividade física, o acelerômetro, sendo de interesse de dois mestrandos da área. O modelo utilizado na coleta de dados foi o GENEActive®, o qual deveria ser utilizado durante sete dias. O dispositivo deveria ser colocado no pulso do membro superior não dominante, durante as 24 horas do dia, incluindo o banho e as horas de sono, após esse período o dispositivo era recolhido para o download e análise dos dados.

Quanto à marcação e entrega para a colocação, o agendamento era feito diariamente. O responsável por esta tarefa marcava as colocações de segunda-feira a sábado e repassava para o entregador o qual levava o aparelho até o domicilio dos idosos. No momento da entrega o aparelho era ativado. O recolhimento se dava sete dias após a colocação, o responsável pelos agendamentos marcava com o indivíduo e o entregador buscava o dispositivo nos domicílios dos idosos.

Para os agendamentos e recolhimentos, todos entrevistados foram contatados via telefone após a entrevista. O recolhimento e a entrega dos dispositivos eram realizados de forma simultânea, o entregador saía do Centro de Pesquisas com duas listas, uma lista de idosos que completaram os sete dias de coleta e, portanto, deveriam entregar o acelerômetro, e uma lista de idosos marcados para a colocação do dispositivo.

10. Controle de qualidade

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi feito treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Já na primeira etapa onde foi feito o reconhecimento dos setores pelas “batedoras” os mestrandos realizaram um controle de qualidade checando a ordem e o número dos domicílios anotados na planilha além de selecionar aleatoriamente algumas residências para verificar se as mesmas foram visitadas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 19 questões. Este controle era feito pelos mestrandos por meio de revisita aos domicílios sorteados, afim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância, através da estatística Kappa, entre as respostas.

11. Resultados gerais

A coleta dos dados terminou no dia 02 de agosto de 2014 com oito entrevistadoras em campo. O banco de dados trabalhou durante duas semanas, após o final do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos. Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os

mestrandos, professoras supervisoras e entrevistadoras visando o repasse de informações, tomada de decisões, resolução de dificuldades e avaliação da situação do trabalho. No dia 19 de agosto foi realizada a última reunião do Consórcio de Pesquisas do ano de 2013/2014, entre mestrandos e coordenadoras da pesquisa, para entrega dos resultados finais e atribuições de cada comissão.

Ao final do trabalho de campo foram contabilizadas 1.451 entrevistas com idosos, sendo 63% (n= 914) do sexo feminino e 37% (n= 537) do masculino. O número de idosos encontrados foi de 1.844, totalizando 21,3% (n= 393) de perdas e recusas, sendo a maioria do sexo feminino (59,3%) e com faixa etária entre 60-69 anos (59,5%), conforme descrito na tabela 2. O percentual atingido, ao final do trabalho de campo, foi de 78,7% com o número de idosos encontrados (1.844) e de 88% considerando o número de idosos que se pretendia encontrar inicialmente (1.649).

Fizeram parte da pesquisa 4.123 domicílios dos 133 setores sorteados, sendo 3.799 visitados tendo 1.379 domicílios com indivíduos de 60 anos ou mais. Em relação ao estudo de uma mestranda sobre índice de bens, foram realizadas 886 listas de bens nos domicílios sem idosos, conforme a logística apresentada anteriormente. O percentual de CQ (10%) foi atingido, ao final, sendo realizados 145 controles.

Tabela 2. Descrição das perdas e recusas segundo sexo e idade. N=393. Pelotas, RS.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	159 (40,5)
Feminino	233 (59,3)
Sem informação	1 (0,2)
Faixa etária	
60-69	234 (59,5)
70-79	90 (22,9)
80 ou mais	67 (17,1)
Sem informação	2 (0,5)

12. Cronograma

As atividades do Consórcio tiveram início em outubro de 2013 e terminaram em agosto de 2014.

Atividades	2013			2014							
	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A
Oficina de amostragem	■										
Entrega do projeto ao CEP da FAMED, UFPEL		■									
Reconhecimento dos setores			■								
Elaboração do questionário e manual de instruções	■	■	■	■							
Treinamento das entrevistadoras				■	■						
Estudo Piloto				■	■						
Realização do trabalho de campo				■	■	■	■	■	■	■	■

13. Orçamento

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por três diferentes fontes: recursos provenientes do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da CAPES, repassados pelo PPGE, no valor de R$ 82.500,00e recursos dos mestrandos no valor de R$ 8.100,00. No total, foram disponibilizados R$ 85.228,05 gastos conforme demonstrado abaixo (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2013/2014.

Item	Quantidade	Custo total (R$)
Vale-transporte	7.072	20.430,50
Pagamento da secretária	11 meses	9.393,34
Pagamento das entrevistas	1.452	37.729,00
Pagamento da bateção	134	8.340,00
Camisetas/serigrafia	80	1.160,00
Cópias/impressões	50.000	4.000,00
Total	-	81.052,84

Tabela 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelos mestrandos do programa para a realização do consórcio de mestrado 2013/2014.

Itens	Quantidade	Custo total (R$)
Seguro de vida entrevistadoras	21	1.485,78
Mochilas	20	960,00
Antropômetros	20	795,00
Material de escritório	-	606,43
Coquetel final de trabalho de campo	-	298,00
Divulgação	-	30,00
Total		4.175,21

14. Referências

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008;11:133-44.

2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

ARTIGO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS TO DEPRESSION IN ELDERLY: POPULATION-BASED STUDY

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL

Título Resumido: DEPRESSÃO EM IDOSOS: PREVALÊNCIA SEUS FATORES ASSOCIADOS

Artigo a ser submetido ao Cadernos de Saúde Pública

Natália Hellwig[1]

Tiago N Munhoz[1]

Elaine Tomasi[1]

[1]Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

Correspondência para:

Natália Hellwig
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Universidade Federal de Pelotas
Rua Marechal Deodoro, 1160. Pelotas, RS
Cep: 96020-220 - Caixa Postal 464
natalia.hellwig@gmail.com

Resumo

Foi realizado um estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2014 com o objetivo de medir a prevalência e identificar os fatores associados à depressão em idosos. A amostragem foi realizada por conglomerados em dois estágios. Todos os idosos (≥60 anos) residentes nos domicílios selecionados foram convidados a participar. A ocorrência de depressão foi medida utilizando-se a GDS-10 (*Geriatric Depression Scale*) com o ponto de corte ≥5. Foram obtidas informações de 1.451 idosos. A prevalência de depressão foi de 15,2% (IC95% 13,2-17,2). Após análise multivariável, a ocorrência de depressão foi maior entre as mulheres, os idosos de pior situação econômica, aqueles que não trabalhavam, os fisicamente inativos, aqueles com pior autoavaliação de saúde e naqueles com incapacidade funcional. Maior atenção deve ser dada à identificação de depressão em idosos e seus fatores associados para fundamentar políticas e planejamento de intervenções para tratamento e manejo desta doença em nível coletivo.

Palavras-chave: Depressão; Idoso; Estudos Transversais; Saúde Mental; Saúde do Idoso.

Abstract

Was conducted a cross-sectional population-based study in Pelotas, Rio Grande do Sul, in 2014 with the aim of measuring the prevalence and factors associated with depression in the elderly. Sampling was carried out by clusters in two stages. All the elderly people (≥60 years) living in the selected households were invited to participate. The occurrence of depression was measured using GDS-10 (Geriatric Depression Scale) with cutoff ≥5. Information of 1,451 elderly was obtained. The prevalence of depression was 15.2% (95% CI 13.2 to 17.2). After multivariate analysis, the occurrence of depression was higher among women, the elderly worse off, those who did not work, the physically inactive, those with worse self-reported health and those with functional disability. Greater attention should be given to the identification of depression in the elderly and their associated factors to inform policy and planning interventions for treatment and management of this disease at the collective level.

Resumen

Fue realizado un estudio transversal de base poblacional em la ciudad de Pelotas, Rio Grande do Sul, en 2014, con el objetivo de medir la prevalencia e identificar los factores asociados a la depresión en adultos mayores. La muestra se obtuvo por conglomerados en dos etapas. Todos los adultos mayores (≥60 años) residentes en los hogares seleccionados fueron invitados a participar. La ocurrencia de depresión fue medida utilizando GDS-10 (*Geriatric Depression Scale*), con punto de corte ≥5. Fue recolectada información de 1.451 adultos mayores. La prevalencia de depresión fue de 15,2% (IC95% 13,2-17,2). Después del análisis multivariable, la ocurrencia de depresión fue mayor em mujeres, los de peor situación económica, los que no trabajaron, los inactivos físicamente, los que se consideraban en peor estado de salud y aquellos con discapacidad funcional. Mayor atención se debe dar a la identificación de la depresión en adultos mayores y sus factores asociados, para orientar políticas y la planificación de intervenciones para el tratamiento y manejo de esta enfermedad a nivel colectivo.

Introdução

O aumento da expectativa de vida da população, somado à queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, é responsável pelo crescimento da proporção de idosos no Brasil[1]. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos deve passar de 14,9 milhões (7,4% da população) em 2013, para 58,4 milhões, correspondendo a 26,7% da população, em 2060[2].

Esse envelhecimento populacional é acompanhado pelo aumento da incidência de doenças crônicas não-transmissíveis na população de modo geral, incluindo alguns transtornos mentais, principalmente os demenciais e os depressivos[3]. A depressão é uma das doenças de maior prevalência entre os idosos, com grande impacto na vida do sujeito acometido, possivelmente sendo a causa mais frequente de diminuição na qualidade de vida nesta faixa etária[4,5]. Ela pode ter consequências graves, além do sofrimento psíquico dos próprios idosos e da família, como prejuízos nos relacionamentos interpessoais e no desempenho de atividades cotidianas, incapacidade relacionada à doença e aumento dos custos em saúde[6].

A prevalência de depressão nos idosos pode diferir substancialmente dependendo da definição utilizada para sua operacionalização, do instrumento usado para sua detecção e, principalmente, da população estudada. Estudos de base populacional, conduzidos em diferentes países, observaram prevalências de depressão que variaram entre 6,1%[7] até 38,5%[8]. Entre os indivíduos mais susceptíveis a ocorrência de depressão estão as mulheres, os idosos com situação econômica desfavorável, aqueles com história de ocorrência de eventos estressores na vida, idosos com percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde, aqueles com alguma limitação funcional, e os idosos acometidos por doenças crônicas, dor e comorbidades[9,10,11].

O entendimento do estado de saúde mental dos idosos e seus fatores associados pode contribuir com subsídios para o planejamento e políticas de atenção que visem o envelhecimento saudável. Estudos epidemiológicos que apresentem estimativas populacionais consistentes a respeito da depressão na população idosa e seus possíveis determinantes, apesar de sua importância, são relativamente escassos na literatura mundial e, principalmente, no Brasil. Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de depressão em indivíduos com 60 anos ou mais e identificar os fatores associados em uma amostra representativa dos idosos residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Métodos

Este estudo fez parte do Consórcio de Mestrado Orientado para a Valorização da Atenção ao Idoso – COMO VAI?, um estudo transversal, de base populacional, realizado entre janeiro e agosto de 2014 na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, município com 328.275 habitantes (Censo Demográfico de 2010)[2]. O estudo incluiu projetos de 18 mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, e avaliou diferentes desfechos relacionados à saúde dos idosos.

O cálculo do tamanho amostral para o estudo de prevalência considerou uma população de 46.000 idosos, prevalência de 20% do desfecho, nível de confiança de 95%, margem de erro de três pontos percentuais e efeito de delineamento de 1,5. Com acréscimo de 10% para perdas, o tamanho amostral necessário foi de 1.112 idosos. Para o estudo de associação, considerou-se um poder de 80%, nível de significância de 95%, razão de 40/60 entre não expostos e expostos, prevalência de 18% nos não-expostos (sexo masculino), razão de prevalências de 1,5 e efeito de delineamento de 1,5. Adicionou-se, ainda, 10% para perdas e 15% para controle de possíveis fatores de confusão, sendo 1.450 idosos a amostra necessária.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios, tendo como unidades amostrais primárias os setores censitários[2]. Foram ordenados os 488 setores da zona urbana de acordo com a renda média familiar e, posteriormente, a partir de um primeiro setor definido aleatoriamente, foram selecionados sistematicamente 133 setores. Dentre os domicílios habitados, foram selecionados de forma sistemática aqueles que iriam compor a amostra, obtendo-se 31 domicílios por setor, resultando em 4.123 domicílios. Todos os indivíduos com 60 anos ou mais residentes nestes domicílios foram convidados a participar, excluindo-se aqueles com incapacidade cognitiva ou mental, os hospitalizados e os institucionalizados.

O instrumento utilizado para este estudo foi um questionário padronizado com informações sobre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Para medir a prevalência do desfecho, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale* – GDS)[12], versão brasileira abreviada[13]. Este instrumento de rastreamento contém 10 itens com respostas do tipo "sim ou não", e se refere a um período recordatório de sete dias anteriores à entrevista. Para cada resposta se atribuiu um ponto, cuja soma resultou em um escore variando entre zero e 10. Foram considerados casos de depressão os idosos que obtiveram escore ≥5 pontos. Este instrumento com este ponto de corte foi escolhido por apresentar bons indicadores de sensibilidade e especificidade: 80,5% e 78,3%, respectivamente,

de acordo com os critérios da CID-10 para Episódio Depressivo Maior; e 84,8% e 67,7%, respectivamente, de acordo com os critérios do DSM-IV para Transtorno Depressivo Maior[13].

As variáveis demográficas e socioeconômicas avaliadas foram sexo (masculino, feminino), idade (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 ou mais), situação conjugal (com companheiro/a, sem companheiro/a), escolaridade em anos completos de estudo (nenhum, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 10, 11 ou mais), classe econômica, de acordo com a Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), categorizada em classes A/B, C, D/E, e trabalho atual (sim, não), sendo considerado como trabalho qualquer emprego remunerado (profissional liberal, salário fixo ou "bicos"/"biscates") exercido pelo idoso. As variáveis comportamentais foram tabagismo atual (sim, não), sendo classificados como tabagistas os idosos que relataram ter utilizado, pelo menos, um cigarro por dia há mais de um mês; uso de bebida alcoólica (sim, não), sendo classificado como uso de álcool a ingestão de qualquer dose nos trinta dias anteriores à entrevista. O nível de atividade física (ativo ou insuficientemente ativo) foi mensurado pelo *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ)[14] (foram classificados como ativos aqueles que relataram ≥150 minutos semanais de atividades físicas no lazer). As variáveis de saúde foram autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim); morbidade autorreferida (nenhuma, uma, duas, três), a partir do relato de diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença cardíaca. A capacidade funcional foi avaliada pela Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)[15], e os idosos foram classificados em independentes (não necessitavam de ajuda para realizar nenhuma atividade) ou dependentes (necessitavam de ajuda para realizar, pelo menos, uma atividade).

O instrumento de pesquisa foi programado eletronicamente no *software* Pendragon 6.1, viabilizando a realização das entrevistas com utilização de microcomputadores. Para identificar possíveis inconsistências, foi realizada semanalmente a checagem do banco de dados. Para controle de qualidade dos dados, uma versão reduzida do questionário foi reaplicada pelos supervisores de campo em 10% da amostra, selecionada aleatoriamente. A variável escolaridade foi utilizada para o cálculo de concordância, e obteve-se um coeficiente *Kappa* ponderado de 0,83.

Para o tratamento e a análise dos dados foi utilizado o programa Stata 12.0. O efeito de delineamento decorrente do processo de amostragem complexa foi levado em consideração em todas as análises, utilizando-se o prefixo *svy*. Foi utilizada regressão de Poisson para estimar as

razões de prevalência (RP) e obter testes de heterogeneidade e de tendência linear nas análises brutas e ajustadas, com nível de significância de 5%. A análise ajustada utilizou um modelo hierárquico de determinação[16]. Este tipo de análise considera o efeito de cada variável em relação ao desfecho, controlando para possível confusão entre as variáveis do mesmo nível e as de níveis superiores. Foi utilizado como critério de inclusão no modelo um valor $p<0,20$ na análise bruta, e utilizado o mesmo valor p como critério de manutenção das variáveis em cada nível na análise ajustada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL de acordo com o protocolo 201324538513.1.0000.5317. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta das informações. Os idosos identificados com risco grave de depressão foram atendidos no domicílio por uma psicóloga e encaminhados para os serviços de saúde do município.

Resultados

Foram visitados 3.799 domicílios, representando 92,1% do total de domicílios elegíveis e, dentre estes, 1.379 eram habitados por pelo menos um idoso. Foram localizados 1.844 idosos, e entrevistados 1.451, sendo contabilizadas 9,8% de perdas, 11,6% de recusas. Há informações de 1.394 idosos para o desfecho. O efeito de delineamento foi de 1,1.

A Tabela 1 apresenta as caraterísticas da população estudada. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (63,2%) e pouco mais da metade dos idosos tinha entre 60 e 69 anos (53%). Aproximadamente um terço (36,7%) tinha até três anos completos de estudo, 57,3% pertencia à Classe C, 53,4% viviam com companheiro, e 80,1% referiu não estar trabalhando na época da entrevista. Em relação às variáveis comportamentais, 12,8% eram tabagistas, 21,9% referiram ter consumido alguma bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à entrevista e 18,7% relataram praticar 150 minutos ou mais de atividades físicas de lazer por semana. Mais da metade dos idosos considerou sua saúde boa ou muito boa (53,8%), cerca de um terço dos idosos tinham ao menos uma doença crônica (37,3%) e foram considerados dependentes para a realização de ao menos uma atividade da vida diária (34,7%).

A prevalência de depressão foi de 15,2% (IC95% 13,2-17,2). A Tabela 2 apresenta as análises bruta e ajustada para a associação entre as variáveis independentes e o desfecho. Na análise bruta, as mulheres, os idosos de menor escolaridade, os de menor classe econômica, aqueles que viviam sem companheiro, os idosos que não trabalhavam, aqueles que referiram

não ter ingerido bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à entrevista, os idosos insuficientemente ativos, aqueles com pior autopercepção de saúde, os que referiram ter alguma doença crônica e aqueles considerados dependentes para a realização de alguma atividade da vida diária apresentaram maiores prevalências de depressão. Somente a idade e o tabagismo não apresentaram associação com o desfecho.

A análise ajustada mostrou que as mulheres apresentaram quase o dobro de depressão do que os homens (RP=1,90; IC95% 1,42-2,55). A depressão foi 80% maior nos idosos de pior condição socioeconômica (classes D e E) quando comparados aqueles de melhor condição socioeconômica (RP=1,78; IC95% 1,16-2,74). Os idosos que não trabalhavam apresentaram maior prevalência de depressão se comparados aos idosos que trabalhavam (RP=1,57; IC95%1,02-2,42). Foi observada maior prevalência de depressão nos idosos fisicamente inativos quando comparados aos idosos que referiram praticar 150 minutos ou mais de atividades físicas semanais no lazer (RP=1,97; IC95% 1,12-3,47). A depressão foi maior entre os idosos que avaliaram sua saúde como regular (RP=2,76, IC95% 1,82-4,19) ou ruim/muito ruim (RP=5,78; IC95% 3,69-9,04) em relação aos idosos com melhor autopercepção de saúde. Aqueles idosos classificados como dependentes para a realização de atividades da vida diária tiveram mais depressão se comparados aos idosos independentes (RP=1,68; IC95% 1,30-2,18).

Discussão

Este estudo identificou que 15,2% dos idosos da cidade de Pelotas, RS, sofriam de depressão. Os grupos populacionais com maior ocorrência de depressão foram as mulheres, os idosos de pior situação econômica, os que não trabalhavam, os fisicamente inativos, aqueles que se consideravam com pior saúde, e aqueles com incapacidade funcional. A escolaridade, a situação conjugal, o uso de álcool, o uso de tabaco e a presença de doenças crônicas não mantiveram-se associadas à ocorrência de depressão na população idosa após ajuste.

Estudos brasileiros com idosos apresentaram prevalências variando desde 18,8%, em um estudo conduzido na cidade de São Paulo[17] que utilizou como instrumento o CIDI 1.1 (*Composite International Diagnostic Interview*), a 38,5% em estudo realizado em Bambuí, MG, utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ-12)[8]. Outros estudos de base populacional conduzidos no Brasil utilizando a GDS-15, encontraram prevalências de 20 a 30% de depressão nesta faixa etária[18,19,20,21,22]. As diferenças encontras nas prevalências entre os estudos são plausivelmente explicadas pela diferença entre as metodologias dos estudos e de diferenças nas

características da amostra. Soma-se a isto o fato de que a utilização de diferentes instrumentos, pontos de corte utilizados para a definição de depressão e as diferenças nos resultados da validade das versões da escala GDS são fatores que influenciariam a prevalência do desfecho, mesmo se aplicados à mesma amostra. Estudos de validação da GDS-10 e GDS-15 utilizaram o mesmo padrão-ouro para a definição do desfecho, de acordo com os critérios da CID-10 e do DSM-IV. No entanto, a GDS-10 apresentou menor sensibilidade e maior especificidade para a detecção de casos. Entende-se que quanto menor a sensibilidade de um teste, menor a probabilidade de que detecte casos positivos para a doença e que, quanto maior especificidade, maior a probabilidade de detectar não-casos. Portanto, a menor sensibilidade e a maior especificidade da GDS-10 em relação à versão de 15 itens poderiam explicar parte desta diferença entre as prevalências observadas nos estudos. Além disso, diversos inquéritos populacionais realizados em outros países, utilizando as diferentes versões da GDS (5, 10, 15 ou 30 itens), obtiveram prevalências que variaram entre 6,1%[7] e 27,8%[23].

Os achados deste estudo estão de acordo com as características mais consistentemente associadas à ocorrência de depressão encontradas na literatura científica. Dentre os principais fatores associados a depressão está o sexo feminino. Estudos realizados em diversos países[8,24,25,26,27,28] tem consistentemente observado esta associação, em diferentes faixas etárias. Contudo, as explicações causais para esta diferença ainda são inconsistentes. É possível que as mulheres sejam mais suscetíveis a eventos potencialmente estressores, que são determinados por papeis sociais e de gênero, aumentando a ocorrência de sintomas depressivos neste grupo populacional[29]. Além disso, entre as mulheres idosas, a privação de estrogênio também é apontada como um fator de risco para a ocorrência de depressão[30].

O nível socioeconômico se mostra associado à ocorrência de depressão em diferentes países[31]. O presente estudo observou maior prevalência de depressão entre aqueles com pior condição socioeconômica quando os comparamos aos idosos pertencentes às classes mais ricas. No entanto, o nível de escolaridade não se mostrou associado ao desfecho, contrariando o observado em alguns estudos[23,32]. Uma meta-análise apontou que o baixo nível socioeconômico está geralmente associado com alta morbidade psiquiátrica, incapacidade e falta de acesso a cuidados de saúde. Dificuldades financeiras podem gerar ansiedade e preocupações que, somadas a dificuldades de acesso a serviços de saúde, podem contribuir tanto para o surgimento quanto para a manutenção de quadros depressivos[33].

Os idosos que não trabalhavam também apresentaram maior prevalência de depressão quando comparados aos idosos que trabalhavam. Embora haja forte evidência de bidirecionalidade nesta associação, uma vez que a depressão é uma das doenças crônicas mais incapacitantes no mundo[34], cabe destacar os resultados observados em um estudo conduzido por Gazzale et al.[35], que identificou maior ocorrência média de sintomas depressivos em idosos sem atividade de trabalho remunerada, e atribuiu isto à desvalorização que o idoso sofre na sociedade. Principalmente nos países de média e baixa renda, é possível que aqueles idosos que se mantêm no mercado de trabalho se sintam mais úteis à sociedade.

Ainda, este estudo indicou maior prevalência de depressão em idosos insuficientemente ativos. A produção científica tem evidenciado uma associação positiva entre a prática regular de atividade física e melhor condição de saúde mental[36,37]. Uma revisão sistemática apontou que a prática de atividade física em idosos favorece a interação social, a autoeficácia e proporciona uma maior sensação de controle sobre os eventos e demandas do meio[37]. Um estudo conduzido por Mather et al.[36] apontou que o efeito benéfico do exercício físico em idosos pode se manifestar na melhora do humor, na redução das respostas fisiológicas ao estresse, em efeitos positivos na imagem corporal, no funcionamento cognitivo e na autoestima, além de melhora na qualidade do sono e maior satisfação com a vida.

A autopercepção de saúde também esteve associada com depressão entre os idosos de Pelotas, sendo os mais deprimidos aqueles que referiram ter pior saúde. Apesar de subjetiva, a autopercepção de saúde inclui as dimensões biológica, psíquica e social, e associa-se intimamente à ocorrência de depressão[22]. Este é um dos indicadores mais utilizados em estudos epidemiológicos e com idosos, sendo apontado como um bom indicador de bem-estar. A autoavaliação de saúde pode refletir um entendimento de mudanças biológicas e fisiológicas sutis que levam a perceber a própria saúde ou de forma mais positiva ou negativamente, podendo representar melhor o estado de saúde do que medidas objetivas[38,39]. Justifica-se sua forte associação com depressão uma vez que a perda das funções cognitiva, sexual e laboral, a diminuição das relações sociais e o sentimento de invalidez, entre outros elementos, influenciam tanto para uma pior percepção de saúde como na ocorrência de depressão[40].

Os idosos com incapacidade funcional também apresentaram maior prevalência de depressão, resultado também observado em outros estudos[8,11,27,41]. Contudo, um estudo de revisão sistemática e meta-análise conduzido por Cole e Dendukuri[9] apontou para a existência de uma relação bidirecional de causa e efeito nesta associação. Isto porque o desenvolvimento

de alguma limitação para realizar as atividades cotidianas pode gerar um sentimento negativo, o que pode levar a episódios depressivos. Da mesma forma, a redução do prazer nas atividades cotidianas (sintoma da depressão) pode diminuir a capacidade de execução destas atividades, tornando-se extremamente difíceis.

Este estudo utilizou para a definição do desfecho um instrumento de triagem, que oferece como resultado uma medida baseada na presença de sintomas depressivos, útil para rastrear casos na população. No entanto, o instrumento não substitui o diagnóstico baseado em entrevista clínica, realizada por psicólogos e psiquiatras. Além disso, a depressão é um episódio flutuante, portanto, os achados apontam para um momento – neste caso, refere-se à última semana. Isto pode ser um dos fatores que também explicam a variações nas prevalências e em seus fatores associados nos diferentes estudos realizados em diversos países.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o possível viés de causalidade reversa, inerente aos estudos transversais, que restringe as associações encontradas no sentido de não ser possível estabelecer relações de causalidade entre algumas exposições e o desfecho pela ausência de temporalidade entre a ocorrência dos eventos de interesse, como pode observado para as variáveis trabalho atual, atividade física, autopercepção de saúde, e capacidade funcional. Além disso, estudos transversais em idosos também estão sujeitos ao viés de sobrevivência, o que pode levar a uma subestimação das associações.

Como vantagens, este estudo teve base populacional, realizado através de inquérito domiciliar, com baixo percentual de perdas e recusas se comparado a outros inquéritos populacionais. A literatura brasileira carece de estudos desta magnitude, de base populacional com amostra representativa e, principalmente, cuja população alvo seja os idosos. Sobretudo, a contribuição principal deste trabalho é fomentar a reflexão sobre a importância da avaliação dos sintomas depressivos em idosos e seus determinantes. Desta forma, espera-se evidenciar a necessidade de que profissionais e serviços de saúde realizem condutas e ações de rastreamento de forma sistemática, de forma a oferecer tratamento e cuidados para a população idosa.

Referências

1.Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007;4(17):135-40

2.IBGE. Censo Demográfico. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

3.Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(1):3-6.

4.Santos KT, Fernandes MH, Reis LA, Coqueiro RS, Rocha SV. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. Rev Bras Fisioter. 2012;16(4):295-300.

5.Reeves WC, Strine TW, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia I, Dringra SS, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental Illness surveillance among adults in the United States. MMWR Surveill Summ. 2011;60 (3):1-29.

6.Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidence of depression and associated factors among elderly community-dwelling people: a literature review. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009;12(1):123-40.

7.Reppermund S, Brodaty H, Crawford JD, Kochan NA, Slavin MJ, Trollor JN, et al. The relationship of current depressive symptoms and past depression with cognitive impairment and instrumental activities of daily living in an elderly population: the Sydney Memory and Ageing Study. J Psychiatr Res. 2011;45(12):1600-7.

8.Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JO, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambui Health Aging Study). Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(2):104-9.

9.Cole GC, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2003;160:1147-56.

10.Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(5):372-87.

11.Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression Morbidity in Later Life: Prevalence and Correlates in a Developing Country. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15(9):790-9.

12.Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982;17(1):37-49.

13.Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int J Geriatr Psychiatry. 1999;14(10):858-65.

14.Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Braggion G. Questinário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. . Rev bras ativ fís saúde. 2001;6(2):5-18.

15.Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública. 2008;24(1):103-12.

16.Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. Int J Epidemiol. 1997;26:224-7.

17.Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli LF, Wang YP, Andrade LH. Psychiatry - life events and social support in late life depression. Clinics. 2010;66(2):233-8.

18.Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves Mdo S, Moreira MA, Caldas CP. [The symptomatology of self-referred depression by elderly people who live in a shantytown]. Cien Saude Colet. 2012;17(8):2191-8.

19.Nicolosi GT, Falcao DV, Batistoni SS, Lopes A, Cachioni M, Neri AL, et al. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. Int Psychogeriatr. 2011;23(6):941-9.

20.Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Depressive symptoms and associated factors among elders dwelling in a community in the North of Minas Gerais state, Brazil. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):190-7.

21.Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. Rev Bras Psiquiatr.33(2):165-70.

22.Maciel ÁCC, Guerra RO. Prevalence and associated factors of depressive simptomatology in elderly residents in the Northeast of Brazil. J Bras Psiquiatr.55(1):26-33.

23.Park JH, Kim KW, Kim MH, Kim MD, Kim BJ, Kim SK, et al. A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. J Affect Disord. 2012;138(1-2):34-40.

24.Wang JK, Su TP, Chou P. Sex differences in prevalence and risk indicators of geriatric depression: the Shih-Pai community-based survey. J Formos Med Assoc. 2010;109(5):345-53.

25.Navarro B, Andres F, Parraga I, Morena S, Latorre JM, Lopez-Torres J. Approach to major depression in old people. Int Psychogeriatr. 2010;22(5):733-8.

26.Yunming L, Changsheng C, Haibo T, Wenjun C, Shanhong F, Yan M, et al. Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi'an China: a community-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27(1):31-9.

27.Millan-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, Vazquez GA, Sanchez A, Lorenzo T. Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of both. Int J Geriatr Psychiatry. 2011;26(10):1071-9.

28.Garcia-Pena C, Wagner FA, Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Espinel-Bermudez C, Garcia-Gonzalez JJ, et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. J Gen Intern Med. 2008;23(12):1973-80.

29.Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2000;177:486-92.

30.Halbreich U. Role of estrogen in postmenopausal depression. Neurology. 1997;48 (7): 16-20.

31.Carvalhais SM, Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO, Castro-Costa E, Uchoa E. The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). Int J Soc Psychiatry. 2008;54(5):447-56.

32.Li N, Pang L, Chen G, Song X, Zhang J, Zheng X. Risk factors for depression in older adults in Beijing. Can J Psychiatry. 2011;56(8):466-73.

33.Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socio-economic inequalities in depression: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 2003;157(2):98-112.

34.Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009;18(1):23-33.

35.Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 2004;38(3):365-7.

36.Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo ME. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomized controlled trial. Br J Psychiatry. 2002;180:411-5.

37.Gumarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática Rev bras epidemiol. 2006;9(4):481-92

38.Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38:21-37.

39.Mossey JM, Shapiro E. Self rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health. 1982;72:700-8.

40.Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. Cad Saúde Pública. 2005;21(3):830-39.

41.Carvalhais SMM, Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA, Castro-Costa E, Uchoa E. The Influence of Socio-Economic Conditions On the Prevalence of Depressive Symptoms and Its Covariates in an Elderly Population With Slight Income Differences: the Bambuí Health and Aging Study (Bhas). Int J Soc Psychiatry. 2008; 54(5):447-56.

Tabela 1. Descrição da amostra e prevalência de depressão segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde na população idosa de Pelotas, Brasil. 2014. (n=1.394)

Variáveis	n (%)	Prevalência de depressão (IC95%)
Sexo		
Masculino	513 (36,8)	9,9 (7,3-12,5)
Feminino	881 (63,2)	18,3 (15,7-20,8)
Idade		
60 a 64	383 (27,5)	14,4 (10,8-17,9)
65 a 69	354 (25,5)	16,7 (12,8-20,6)
70 a 74	263 (18,9)	14,1 (9,8-18,3)
75 a 79	182 (13,1)	18,7 (13,0-24,4)
80 ou mais	209 (15,0)	12,9 (8,3-17,5)
Escolaridade em anos completos		
Nenhum	184 (13,3)	17,4 (11,8-22,9)
1 a 3	323 (23,4)	18,9 (14,6-23,2)
4 a 7	430 (31,1)	16,7 (13,2-20,3)
8 a 10	140 (10,1)	14,3 (8,4-20,2)
11 ou mais	305 (22,1)	8,9 (5,6-12,1)
Classe econômica (ABEP)		
A/B	362 (27,3)	11,1 (8,2-14,0)
C	760 (57,3)	15,4 (12,7-18,1)
D/E	204 (15,4)	25,0 (18,3-31,7)
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	743 (53,4)	12,0 (9,6-14,3)
Sem companheiro(a)	649 (46,6)	19,0 (15,9-22,0)
Trabalho atual*		
Sim	259 (19,9)	17,1 (14,9-19,4)
Não	1.044 (80,1)	8,1 (4,8-11,5)
Fumo atual		
Não	1.214 (87,2)	14,6 (12,6-16,6)
Sim	178 (12,8)	19,7 (13,8-25,6)
Uso de álcool nos últimos 30 dias		
Sim	305 (21,9)	9,5 (6,2-12,9)
Não	1.085 (78,1)	16,9 (14,6-19,1)
Atividade física (IPAQ)		
Ativo(a) (≥150 min./sem.)	253 (18,7)	5,1 (2,4-7,9)
Insuficientemente ativo(a)	1102 (81,3)	17,2 (15,0-19,5)
Autopercepção de saúde		
Muito boa/boa	748 (53,8)	5,9 (4,2-7,6)
Regular	524 (37,7)	20,6 (17,1-24,1)
Ruim/muito ruim	119 (8,5)	50,4 (41,3-59,5)
Morbidade autorreferida¥		
Nenhuma	325 (23,3)	10,2 (6,9-13,5)
1	557 (40,1)	14,7 (11,8-17,6)
2	387 (27,8)	16,5 (12,8-20,3)
3	122 (8,8)	27,0 (19,1-35,0)
Capacidade funcional (Katz)		
Independente	910 (65,3)	9,8 (7,8-11,7)
Dependente	483 (34,7)	25,5 (21,6-29,4)

*Variável com maior número de *missings* (91)
¥Hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença cardíaca

Tabela 2. Análise bruta e ajustada para associação entre depressão (GDS-10 ≥5) e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde na população idosa de Pelotas, Brasil. 2014. (n=1.394)

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC 95%)	Valor *p*	RP (IC 95%)	Valor *p*
Nível 1				
Sexo		**<0,001**		**<0,001**
Masculino	1		1	
Feminino	1,84 (1,40-2,42)		1,90 (1,42-2,55)	
Idade		0,921†		
60 a 64	1,11 (0,72-1,72)			
65 a 69	1,29 (0,85-1,97)			
70 a 74	1,09 (0,70-1,70)			
75 a 79	1,45 (0,89-2,36)			
80 ou mais	1			
Escolaridade em anos completos		**0,001†**		0,191†
Nenhum	1,96 (1,20-3,22)		1,52 (0,87-2,65)	
1 a 3	2,13 (1,36-3,34)		1,69 (1,01-2,83)	
4 a 7	1,89 (1,20-2,97)		1,67 (1,01-2,77)	
8 a 10	1,61 (0,93-2,79)		1,64 (0,94-2,85)	
11 ou mais	1		1	
Classe econômica (ABEP)		**<0,001†**		**0,011†**
A/B	1		1	
C	1,39 (0,99-1,96)		1,11 (0,76-1,63)	
D/E	2,25 (1,56-3,32)		1,78 (1,16-2,74)	
Nível 2				
Situação conjugal		**0,001**		0,156
Com companheiro(a)	1		1	
Sem companheiro(a)	1,58 (1,21-2,06)		1,22 (0,92-1,62)	
Trabalho atual		**<0,001**		**0,043**
Sim	1		1	
Não	2,11 (1,41-3,17)		1,57 (1,02-2,42)	
Nível 3				
Fumo atual		0,061		0,076
Não	1		1	
Sim	1,35 (0,99-1,84)		1,37 (0,99-1,90)	
Uso de álcool nos últimos 30 dias		**0,003**		0,579
Sim	1		1	
Não	1,77 (1,23-2,56)		1,10 (0,77-1,57)	
Atividade física (IPAQ)		**<0,001**		**0,019**
Ativo(a) (≥150 min./sem.)	1		1	
Insuficientemente ativo(a)	3,36 (1,99-5,69)		1,97 (1,12-3,47)	
Autopercepção de saúde		**<0,001†**		**<0,001†**
Muito boa/boa	1		1	
Regular	3,50 (2,51-4,90)		2,76 (1,82-4,19)	
Ruim/muito ruim	8,57 (6,07-12,11)		5,78 (3,69-9,04)	
Morbidade autorreferida¥		**<0,001†**		0,787
Nenhuma	1		1	
1	1,45 (0,95-2,20)		1,28 (0,86-1,91)	
2	1,63 (1,11-2,40)		1,05 (0,71-1,54)	
3	2.66 (1,68-4,22)		1,04 (0,64-1,68)	
Capacidade funcional (Escala Katz)		**<0,001**		**<0,001**
Independente	1		1	
Dependente	2,60 (2,07-3,28)		1,68 (1,30-2,18)	

†Teste Wald de tendência linear

¥Hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença cardíaca

NORMAS PARA A SUBMISSÃO DO ARTIGO

Instruções aos autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

1 CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações;

1.3 Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 6000 palavras;

1.4 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de

desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 **Resenhas**: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 **Cartas**: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2 Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3 Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4 FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5 Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6 Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7 Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8 Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9 Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10 Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11 Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12 Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo

pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13 Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14 Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/ do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15 Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

NOTA À IMPRENSA

“Como vai?”

Este é o nome do estudo (sigla de “Consórcio de Mestrado Orientado para a Valorização da Atenção ao Idoso”) que foi realizado em Pelotas pelos alunos de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel. Com o objetivo investigar as condições de saúde da população de 60 anos ou mais, um grupo de 10 entrevistadoras treinadas percorreu a cidade em busca dos 1.451 idosos selecionados para participar da pesquisa, que ocorreu durante o primeiro semestre de 2014. Foi feita uma longa entrevista com cada um dos idosos, cuja colaboração foi fundamental para o êxito do trabalho.

A psicóloga Natália Hellwig, aluna de mestrado do programa, orientada pela Profa. Dra. Elaine Tomasi e pelo psicólogo e Mestre Tiago Munhoz, investigou a ocorrência de depressão e seus fatores de risco, ou seja, que características estavam mais ligadas à doença. Encontrou que 15% dos idosos de Pelotas sofrem de depressão, e este número pode ser maior dependendo de determinadas características. As mulheres, por exemplo, têm quase o dobro de depressão se comparadas aos homens. Também ficou evidente que os idosos com pior situação econômica e aqueles que não trabalham são mais acometidos pela doença.

Os idosos que tem algum tipo de limitação funcional, ou seja, aqueles que precisam de alguma ajuda para realizar suas atividades do dia-a-dia, também podem apresentar mais depressão, e o estudo mostrou que a prática regular de atividade física pode ajudar a evitar a doença. O efeito benéfico da prática de exercícios físicos regulares melhora o humor, reduz o estresse, pode ter efeitos positivos sobre a imagem corporal, o funcionamento cognitivo e a autoestima, além de melhorar a qualidade do sono.