

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS ITAQUI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ESTADO NUTRICIONAL E VARIÁVEIS
ASSOCIADAS DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JESSICA NATALIA FERNANDEZ CARESANI

**Itaqui
2018**

JESSICA NATALIA FERNANDEZ CARESANI

**RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ESTADO NUTRICIONAL E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NA
CIDADE DE ITAQUI/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Nutrição da Universidade Federal
do Pampa, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Dr^a. Fabiana Copês Cesário

Itaqui
2018

JESSICA NATALIA FERNANDEZ CARESANI

**RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ESTADO NUTRICIONAL E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NA
CIDADE DE ITAQUI/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Nutrição da Universidade Federal
do Pampa, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em Nutrição.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em:

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Fabiana Copês Cesário
Orientadora
(UNIPAMPA)

Prof^a. Dr^a. Nádia Rosana Fernandes de Oliveira
(UNIPAMPA)

Nut. Laura Virgili
Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Itaqui

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

F271r Fernandez Caresani, Jessica Natalia
RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ESTADO NUTRICIONAL E VARIÁVEIS
ASSOCIADAS DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS / Jessica Natalia Fernandez Caresani.
39 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade
Federal do Pampa, NUTRIÇÃO, 2018.
"Orientação: Fabiana Copês Cesário".

1. Idosos. 2. Estado Nutricional. 3. Depressão. I. Título.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso está apresentado na forma de Artigo Científico a ser submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ISSN 1413-8123 (impressa), ISSN 1678-4561 (versão online) (ANEXO 1).

Autores

Jéssca Natalia Fernandez Caresani¹; Fabiana Silveira Copês².

¹Acadêmica do Curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Itaqui, RS, Brasil. E-mail: jessica_caresani@hotmail.com;

²Professora Adjunta no Departamento de Nutrição, UNIPAMPA.

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal analítico e descritivo, realizado na cidade de Itaqui/RS pelo qual teve por objetivo avaliar a relação entre a presença de sintomas depressivos, estado nutricional e fatores de vida associados em idosos usuários do serviço público, que procuram assistência à saúde. A amostra foi composta por pessoas com 60 anos ou mais, que tiveram interesse em participar da pesquisa. As coletas ocorreram nos pontos onde o idoso procurou atendimento, nas ESF's. O questionário contemplou questões socioeconômicas e sociodemográficas, as quais foram abertas e fechadas, bem como questionamentos sobre a presença de doenças e condições de saúde. A avaliação nutricional foi realizada através de aferição de peso, altura, e a partir destes dados, foi calculado o índice de massa corporal. Foi aplicado o questionário com a Escala de Depressão Geriátrica de *Yesavage*. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa. Observou-se que $\frac{3}{4}$ dos idosos estavam em classe econômica D/E, e tinham baixa escolaridade. A maioria da amostra (51%) estava com estado nutricional de sobrepeso/obesidade, e em 86% deles os sintomas depressivos foram ausentes. Conclui-se com o presente estudo que a maioria dos idosos apresentou vulnerabilidade socioeconômica, classificados como acima do peso e sem presença de sintomas depressivos. Não foram encontradas associações entre o estado nutricional, sintomas depressivos e fatores de vida associados.

Palavras chave: Estado depressivo, Déficit Nutricional, Pessoas Idosas e Saúde Pública.

ABSTRACT

This is a cross-sectional, analytical and descriptive study carried out in the city of Itaqui / RS, which aimed to evaluate the relationship between the presence of depressive symptoms, nutritional status and associated factors in elderly public health service users, who seek care Cheers. The sample is made up of people 60 years of age and older who were interested in participating in the research. The collections occurred at the points where the elderly sought care or wanted care to improve health conditions, such as ESF's and the city's central health post. The questionnaire covered socioeconomic and sociodemographic issues, which were opened and closed, and questions were asked about the presence of diseases and health conditions. The nutritional assessment was performed through weight, height, and from these data, the body mass index was calculated. The questionnaire was applied with the Yesavage Geriatric Depression Scale. This study was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Pampa. It was observed that $\frac{3}{4}$ of the elderly were in economic class D / E, and had low schooling. 51% were overweight / obese, and in 86% of them depressive symptoms were absent. It is concluded with the present study that the majority of the elderly were in socioeconomic vulnerability, classified as overweight and without the presence of depressive symptoms. No associations were found between nutritional status, depressive symptoms and associated life factors.

Key words: depressive state, nutritional deficit, elderly people and public health.

SUMÁRIO

Introdução.....	7
Metodologia	9
Delineamento do estudo	9
Campo de estudo	9
Amostra	9
Coleta de dados e fontes de informação.....	10
Questionários estruturados	10
Avaliação do estado nutricional	11
Avaliação das características depressivas	11
Considerações éticas	12
Análise estatística.....	12
Resultados	13
Discussão.....	16
Considerações finais.....	20
Apêndices	26
Anexos.....	29

Introdução

O processo de envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial, e decorre da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade conseqüentemente ocasiona um aumento na expectativa de vida. A definição da idade ou fase que marque o início da velhice é relativa e complexa, envolvendo uma série de fatores¹. No Brasil, utiliza-se para a caracterização de idoso a idade mínima de 60 anos, conforme proposto pela Política Nacional da Saúde Idosa².

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população brasileira está estimada em 207.282.502 pessoas³. Em 2010 o IBGE identificou que 20.590.599 milhões eram idosos. De acordo com Beltrão, Camarano e Kanso⁴ há indicativas de que, em 2020, a população idosa brasileira será de 30,9 milhões, representando 14% da população total, o que colocará o Brasil na sexta posição mundial em número de idosos. Projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) indicam em estudo, que, em 2050, haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos⁵. Na cidade de Itaquí, a população estimada no ano de 2016 foi de 39.049, sendo 4.204 identificados como idosos (10,76%)³.

Para Bruce Duncan⁶ o envelhecimento está associado com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que muitas vezes são determinadas pelo estilo de vida. As principais DCNT identificadas como causadoras de óbito são as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e as doenças respiratórias crônicas, que estão frequentemente associadas à depressão, pois muitas vezes são incapacitantes. Pela visão de Castelo et al⁷, a depressão é dita como um transtorno mental que é muito comum em idosos e que tem impacto negativo no desenvolvimento psicofísicosocial. Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a saúde (CID)⁸ edição 10 de 2008, a depressão pode ser

classificada em três níveis: leve, moderada e grave, e a quantidade e a gravidade dos sintomas permitem classificar a doença.

A detecção de depressão em idosos se mostra importante devido as alterações psicológicas próprias da senescência, uma vez que é difícil separar a alimentação da afetividade, pois tudo aquilo que se vive e que se sente pode interferir no comportamento alimentar⁹.

O hábito de comer compulsivamente pode estar ligado á transtornos psiquiátricos, sendo os mais frequentes, ansiedade e depressão. A depressão tem impacto negativo em todos os aspectos da vida, estando associado com um menor consumo alimentar¹⁰, desta maneira se faz necessário uma avaliação precoce para prevenir que o indivíduo se encontre em risco de desnutrição, oriundos de transtornos psiquiátricos¹². A baixa renda familiar é um fator que pode influenciar negativamente na alimentação saudável dos idosos brasileiros e mostra-se associada a práticas alimentares inadequadas, como baixo consumo de frutas e hortaliças. Outros fatores que corroboram com ás práticas alimentares inadequadas são baixa escolaridade e dificuldade para aquisição e preparo de alimentos considerados importantes para uma alimentação mais saudável impactando diretamente no estado nutricional destes idosos¹³.

Para garantir a integridade da saúde da população com depressão e DCNT, a avaliação do estado nutricional e monitoramento das condições de alimentação e nutrição dos idosos são fundamentais, já que a avaliação nutricional no idoso é parte integrante da avaliação geriátrica por ser uma ferramenta sensível de detecção dos fatores de risco associados à desnutrição, obesidade e outros fatores relacionados as doenças crônicas¹⁴.

Neste contexto, estimando-se a importância do diagnóstico precoce de doenças em idosos, este estudo tem por objetivo avaliar a relação entre a presença de sintomas

depressivos, estado nutricional e fatores de vida associados, em idosos usuários do serviço público de saúde na cidade de Itaqui/RS.

Metodologia

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico e descritivo.

Campo de estudo

A pesquisa foi realizada nas ESF's, e foram previamente agendadas com os órgãos competentes e responsáveis pelo acolhimento dos idosos.

Amostra

A amostra foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, caracterizados como idosos segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde para países em desenvolvimento¹⁵, de ambos os sexos, que estavam buscando atendimento ou que costumavam frequentar os locais acima citados.

Critérios de inclusão:

- Pessoas idosas
- Aqueles que tiveram interesse em participar da pesquisa;

Critérios de exclusão:

- Pessoas com limitações em responder o questionário, como perda de memória ou confundimento;

Coleta de dados e fontes de informação

A presente pesquisa fez parte de um projeto maior intitulado QUALIDOSO: Qualidade de Vida e Saúde de idosos atendidos pelo serviço público de saúde na cidade de Itaqui-RS. A qual contou com uma equipe de 20 voluntários, os quais realizaram as coletas 5 dias na semana, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde. Cada participante fazia 2 turnos semanais, e as encarregadas, faziam 5 turnos semanais. Todos treinados devidamente, para a realização dos questionários e avaliação nutricional.

Para obtenção de dados, os pesquisadores acolhiam os idosos nos locais estipulados para coleta e faziam o convite para participar da pesquisa. Com o aceite, iniciavam-se os questionamentos e se, não fosse concluído em tempo, ocorria o agendamento para continuação no domicílio, conforme dia e hora marcados e combinados com os participantes.

Foram utilizados questionários estruturados elaborados pela própria pesquisadora, e realizadas avaliações do estado nutricional e sintomas depressivos, além de informações básicas de vida, sociodemográficas e econômicas. A aplicação dos questionários e dos dados antropométricos foi realizada pelo próprio pesquisador e por voluntários devidamente treinados e capacitados.

Questionários estruturados

Foram aplicados questionários de fatores associados à saúde, contemplando perguntas relacionadas as condições econômicas (renda) baseadas no Critério de Classificação

Econômica Brasil ABIPEME (ANEXO 2), e sociodemográficas, como idade (anos), sexo, situação conjugal (casado ou morando com companheiro(a), solteiro(a) ou divorciado, e viúvo) e raça (branco e não brancos) em questões abertas e fechadas. Foram explanados questionamentos quanto à presença de doenças e condições de saúde (APÊNDICE A).

Avaliação do estado nutricional

Para o diagnóstico do estado nutricional foram aferidos: peso e altura para posterior classificação de índice de massa corporal (IMC).

Peso: Para aferição do peso, foi solicitado que o entrevistado usasse roupas leves, descalço, posicionado no centro da balança, em posição ortostática com os braços ao longo do corpo e não possuía nada de adornos nem objetos nos bolsos. Foi utilizada balança mecânica, da marca Welmy, com capacidade até 150 Kg na qual o indivíduo subiu de costas.

Altura: A altura foi avaliada através de estadiômetro acoplado a balança, com pés juntos braços estendidos ao longo do corpo e cabelo solto, em caso de mulheres.

Índice de massa corporal (IMC): A partir das medidas de peso e altura, que foram realizadas dupla aferição a fim de não haver erro, foi feito o cálculo do IMC, o qual é amplamente utilizado no mundo todo como indicador de estado nutricional, e se expressa pela relação entre a massa corporal em kg e a estatura em m². Para esse estágio de vida são definidos pontos de corte distintos daqueles utilizados para adultos, seguindo a seguinte classificação: Valores de IMC menor ou igual a 22 Kg/m²: idoso com baixo peso.

Valores de IMC maior que 22 Kg/m² e menor que 27 Kg/m²: idoso com peso adequado (eutrófico). Valores de IMC igual ou maior que 27 Kg/m² idoso com sobrepeso/obesidade¹⁶.

Avaliação das características depressivas

Escala de Depressão geriátrica: Foi aplicado o questionário para detecção de sintomas depressivos através da Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida descrita na língua inglesa de Yesavage et al.¹⁷ e traduzida para o português (GDS-15)¹⁸ (ANEXO 3).

Esta escala é validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes do mundo todo. Este é um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado entre 0 a 5 é considerado normal, de 6 a 10 indica depressão leve, e 11 ou mais pontos diagnostica depressão grave¹⁷.

Considerações éticas

Este trabalho seguiu os preceitos éticos em conformidade com a resolução CNS 466/12. O consentimento em participar foi estabelecido e esclarecido por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) junto ao idoso voluntário e, posteriormente, foi obtida sua assinatura ou impressão digital. O termo foi entregue em duas vias, onde uma ficou com o pesquisador e outra com o participante.

Análise de dados

Para a análise de dados foram realizados testes estatísticos. Em variáveis categóricas foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson. Para variáveis quantitativas foram realizados média e desvio padrão, utilizando o teste t de *student*. Os dados foram avaliados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21. Foram considerados significativamente estatísticos quando $p \leq 0,05$.

Resultados

O presente estudo avaliou 217 idosos, de ambos os sexos. Em alguns resultados totalizou 216 idosos, pois houveram algumas perdas. A idade variou de 60 a 93 anos, com média + DP de $70,3 \pm 6,9$ anos. Observou-se uma predominância do sexo feminino e da cor branca. A classe social E foi a que abrangeu a maior parte dos participantes, seguida da classe D. A situação conjugal mostrou que 41,5% eram casados (as) ou moravam com companheiro, seguido dos viúvos (as), conforme pode-se verificar na Tabela 1.

Tabela 1. Características gerais da população de idosos usuários do Serviço público de saúde na cidade de Itaqui-RS.

Características Gerais da Amostra	n	%
Sexo		
Feminino	152	70
Masculino	65	30
Cor/Raça		
Branco(a)	169	77,9
Não branco(a)	48	22,1
Escolaridade		
Analfabeto	18	8,4
Ens. Fundamental	146	67,9
Ens. Médio	40	18,6
Ens. Superior	11	5,1
Renda		
Não responderam	35	16,1
Classe A	3	1,4
Classe B	2	0,9
Classe C	18	8,3
Classe D	45	20,7
Classe E	114	52,6
Situação conjugal		
Casado (a) ou mora com companheiro (a)	90	41,5
Solteiro (a), sem companheiro (a), separado (a) ou divorciado.	55	25,3
Viúvo (a)	72	33,2
Total da amostra		100%

Fonte: A própria pesquisadora.

As características nutricionais e de presença de sintomas depressivos da população podem ser identificados na Tabela 2. Observou-se que a população avaliada se encontra na

faixa de sobrepeso/obesidade. Já a prevalência de sintomas depressivos mostrou-se ausente em 86% dos avaliados pelo presente estudo.

Tabela 2. Estado nutricional e presença de sintomas depressivos na população de idosos usuários do Serviço Público de saúde na cidade de Itaqui-RS.

Estado nutricional e Prevalência de Sintomas Depressivos	N	%
IMC		
Baixo peso	17	7,8
Adequado (eutrófico)	87	40,6
Sobrepeso/obesidade	112	51,6
Prevalência de depressão		
Normal/sem depressão	187	86,2
Depressão leve	26	12,0
Depressão grave	4	1,8

Fonte: O próprio pesquisador

Ao observar a relação do estado nutricional e a prevalência de depressão com fatores de vida associados, identificou-se que nenhum dos fatores associados identificados pelo presente estudo, tais como, renda, escolaridade, situação conjugal, raça, sexo e uso contínuo de medicamentos, possuem relação com depressão e estado nutricional.

Percebe-se que a maior parte dos idosos que apresentaram sintomas depressivos eram viúvos, e faziam uso contínuo de medicação e encontravam-se na classificação de renda entre faixas D/E conforme se expõe na Tabela 3, abaixo.

Tabela 3. Relação entre estado nutricional e prevalência de sintomas depressivos com fatores associados em idosos.

	Estado nutricional					Presença de depressão						
	Baixo peso	Eutrófico	Sobrepeso	n	%	p	Sem dep.	Dep. Leve	Dep. Grave	n	%	p
Situação Conjugal												
Casado(a) ou mora com companheiro(a)	9	32	49	90	41,7		80	8	2	90	41,5	
Solteiro(a), sem companheiro(a) ou divorciado (a)	3	20	32	55	25,4	0,131	48	7	0	55	25,3	0,787
Viúvo(a)	5	35	31	71	32,9		59	11	2	72	33,2	
Renda												
Não responderam	2	15	18	35	16,2		29	6	0	35	16,1	
Classe A	0	0	3	3	1,4		2	1	0	3	1,4	
Classe B	0	0	2	2	0,9		2	0	0	2	0,9	
Classe C	1	8	9	18	8,3	0,662	17	1	0	18	8,3	
Classe D	2	17	26	45	20,8		36	8	1	45	21	
Classe E	12	47	54	113	52,4		101	10	3	114	52,3	0,711
Uso de medicação												
Não	6	21	21	48	22,2	0,266	42	4	2	48	22,1	0,286
Sim	11	66	91	168	77,8		145	22	2	169	77,9	

Fonte: O próprio pesquisador

Avaliou-se relação entre prevalência de sintomas depressivos com o estado nutricional, conforme exposto na Tabela 4. Identificou-se que a maior parte da amostra está com o IMC classificado como Sobrepeso/obesidade (51,9%) e desses um pequeno número apresenta características depressivas (5,6%). Os dados não apresentam uma relação significativa.

Tabela 4. Relação entre o Estado Nutricional e a presença de depressão em idosos.

	Prevalência de depressão				P
	Sem depressão n (%)	Depressão leve n(%)	Depressão grave n (%)	Total n (%)	
IMC					
Baixo peso	13 (6)	3 (1,4)	1 (0,5)	17 (7,9)	
Adequado (eutrófico)	73 (33,8)	12 (5,6)	2 (0,9)	87 (40,3)	
Sobrepeso	100 (46,3)	11 (5,1)	1(0,5)	112 (51,9)	0,459
N(%)	186 (86,1)	26 (12)	4 (1,85)	216	

Fonte: A própria pesquisadora.

Discussão

Dados encontrados no presente estudo mostram através dos aspectos sociodemográficos, a população possui uma idade média de 70,3 anos, o que está em concordância com estudos que constataram que a expectativa de vida do brasileiro alcançou os 74 anos, fazendo com que essa parcela da população esteja ampliando gradativamente a sua participação relativa na composição etária do país, o qual tem passado por um processo de transição demográfica constante^{19,20,21}.

Um fenômeno que acompanha o envelhecimento da população é a feminização da velhice. As mulheres vivem mais do que os homens em quase todas as partes do mundo, o que foi demonstrado no presente estudo onde esta parcela da amostra abrange 70% do total^{22,23,24}. A cor/raça predominante foi a branca, onde aproximadamente 78% estavam classificados. A prevalência de participantes do sexo feminino e de cor branca em pesquisas da área da saúde direcionadas a idosos pode ser observada em diversos estudos^{25,26,27,28}. Segundo Neri e Soares²⁹ os brancos têm chances aumentadas em 3% de consumir serviços de saúde pública, enquanto que os não imigrantes e os imigrantes a menos de 9 anos, têm chances diminuídas se comparados aos demais.

A escolaridade dos participantes do presente estudo foi superior à pesquisa de Bezerra³⁰ que demonstrou que a baixa escolaridade pode ser reflexo das dificuldades de acesso às escolas na época em que esses idosos estudavam e ao fato de terem crescido em um ambiente de desvalorização da educação formal e de condições socioeconômicas precárias. Marin e Cecilio³¹ mostraram que a baixa escolaridade dos idosos é considerada um sério fator de risco quando coligado a um poder cognitivo comprometido, pois quando associados dificultam a autonomia para as atividades de vida diária, incluindo o uso correto de medicamentos e procura por assistência médica.

A amostra identificou que aproximadamente $\frac{3}{4}$ dos idosos eram pertencentes as classes sociais D e E, sendo que a classe E abrangeu mais da metade dos participantes, discordando com outros estudos que trazem que a predominância se dá na faixa C^{32,33,34,35,36}. Isso deve-se, em partes, por dificuldade de inserção no mercado de trabalho, onde os idosos constituem parcela vulnerável da população potencialmente sujeita ao estado de pobreza. Esta discordância de cenário econômico pode estar ligado a desigualdade na distribuição de renda na cidade de Itaqui, onde a maior parte é oriunda da Agroindústria, e parte importante desta acaba convertendo-se em capital e patrimônio para os mais ricos, os quais são uma parcela muito pequena quando comparado aos demais cidadãos³⁷.

As possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda. Os idosos brasileiros convivem constantemente com a desvalorização das aposentadorias e pensões e geralmente são elas as únicas fontes de renda, na qual se encontram bastante defasadas, o que lhes confere baixo poder aquisitivo. O salário muitas vezes se destina a contribuir com a família e comprar medicamentos³⁸. O fator econômico é um fator determinante da qualidade com que se vai envelhecer³⁹.

Quanto ao estado conjugal, encontrou-se uma maior prevalência de idosos casados(as) ou que moram com companheiro(a), seguidos de viúvos(as), perfil este que é possível observar em outros achados da literatura que, ao avaliarem características sociodemográficas de diferentes populações brasileiras, indicaram maiores frequências de idosos nesta situação^{33,34,35,36}.

Observou-se que o perfil antropométrico dos idosos foi caracterizado pela prevalência de sobrepeso/obesidade, o que está em concordância com outros achados^{40,41}. No Brasil estudos^{42,43} mostraram que índices elevados de IMC tem forte relação com o surgimento de DCNT. Em um estudo realizado na cidade de Pelotas- RS⁴³ obteve-se resultado similar a este onde 54,6% foi de sobrepeso segundo o IMC. Este achado pode ser explicado com o

envelhecimento estar associado ao aumento da massa gordurosa e mudanças no seu padrão de distribuição¹². Silveira et al.⁴⁴ realizou um estudo, onde associou inversamente a obesidade com a atividade física. Vale referir que o próprio envelhecimento representa um marcador de importância considerável para o aumento da prevalência de sobrepeso e comorbidades associada⁴⁵. Os altos índices de excesso de peso e obesidade da população brasileira são causados também pelas mudanças nos padrões alimentares, tanto de consumo quanto de produção e comercialização dos alimentos. Essa situação é caracterizada pela substituição de alimentos tradicionais como: cereais, raízes e tubérculos por alimentos ultraprocessados ricos em gorduras e açúcares⁴⁶. A ingestão inadequada, em quantidade e frequência, de alimentos fonte de gorduras e açúcares pode aumentar a densidade energética da dieta e, como consequência, ser um fator para o aparecimento da obesidade, podendo ocasionar ainda outras DCNT⁴⁷.

A prevalência de sintomas depressivos encontrada neste estudo foi baixa e mostrou-se inferior aos achados de outros estudos^{45,48}, no entanto, em concordância, foi identificado que quanto menor a escolaridade e a renda maior a prevalência de sintomas para depressão. Os participantes que apresentaram presença de sintomas depressivos encontravam-se todos em vulnerabilidade econômica, o que confirma com desfechos achados, onde é evidenciado que a alta prevalência deste transtorno está relacionada com contextos menos favorecidos, como pobreza, violência, baixa escolaridade, entre outros⁴⁹.

Estudos que relacionaram a depressão com a situação conjugal dos indivíduos demonstraram que pessoas casadas tinham menor tendência a apresentar sintomas depressivos do que aqueles que não eram ou nunca tinham sido casados. Neste estudo os participantes que tiveram presença de sintomas depressivos foram os viúvos, o que coincide com os estudos citados^{45,49}.

Cunha⁴⁵ e Pinho et al.⁴⁹, em estudos transversais nas cidades de Porto Alegre e São Paulo, respectivamente, avaliaram idosos, e encontraram relação entre os grupos com menor renda, apresentando maiores índices de depressão, comparando-as às classes economicamente mais favorecidas, onde a pobreza pode ser um determinante na explicação do aumento dos índices de depressão, pois eles estão associados a condições sociais como desemprego, baixo nível de instrução, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada.

A presença de doenças nesta faixa etária pode tornar-se incapacitantes, encaminhando a uma diminuição da capacidade funcional, levando o indivíduo a ter sua vida social e as atividades de lazer limitadas, facilitando e colaborando para mais comorbidades como a depressão³². Dados na literatura mostram que há a constante utilização de medicamentos que atuam sobre a saúde dos idosos, o que pode implicar em complicações na saúde e na nutrição dos indivíduos idosos⁵⁰.

No presente estudo identificou-se que o estado nutricional não apresentou relação com presença ou ausência de sintomas depressivos. No estudo de Sass⁵¹ houve uma prevalência de sintomas depressivos em pacientes com o estado nutricional inadequado (acima ou abaixo da faixa de eutrofia), do conhecimento de que a depressão pode levar à obesidade em razão de mudanças nos hábitos alimentares e padrões de atividade física e de que a obesidade pode levar à depressão por causa também da imagem corporal negativa, e ainda que a obesidade, tanto como o baixo peso, estão associadas à depressão, mesmo após o controle de diversas variáveis sociodemográficas.

Vale ressaltar que os achados do presente estudo podem não ter apresentado relação de significância pelo pequeno número de idosos com a presença de sintomas depressivos, o que torna a comparação mais difícil.

Desta forma os achados deste estudo, não confirmam as hipóteses de outro estudo epidemiológico que tem mostrado forte relação entre obesidade e sintomas depressivos⁵².

Considerações finais

A amostra do presente estudo contemplou em sua maioria, pessoas do sexo feminino, onde a raça predominante foi a branca. A maioria possuía o ensino fundamental completo, e pertenciam a classe E. A situação conjugal predominante foi de casados ou que moravam junto do companheiro. Encontravam-se na faixa de sobrepeso/obesidade, e em sua maioria, não apresentavam sintomas depressivos.

Percebe-se que neste ciclo da vida, a população, na maioria das vezes, não se sente confortável em falar sobre a sua vida pessoal, o que dificulta o atendimento e o acompanhamento. Para o diagnóstico e tratamento precoce de pacientes com sintomatologia depressiva, é necessária uma equipe multidisciplinar que possa compreender que certas características sociodemográficas e de saúde são mais vulneráveis à depressão e que esta doença interfere na qualidade de vida.

Neste contexto faz-se necessário a efetivação de políticas públicas direcionadas aos programas de prevenção e controle em saúde, além do incentivo à alimentação saudável e práticas de convivência entre os idosos. Embora muitos estudos epidemiológicos apontem forte relação entre a obesidade e a depressão, como causa ou desfecho, este estudo não verificou associação significativa, tampouco houve resultados significativos entre depressão e os outros fatores estudados podendo-se considerar o pelo fato dos fatores de risco terem sido analisados isolados e não associados.

Conclui-se que para a assistência nesta faixa etária é importante que profissionais da saúde estejam preparados para reconhecer as situações características deste público, como o desvio nutricional e a depressão, para que assim possa intervir de forma apropriada e preveni-

la, garantindo uma melhor qualidade de vida desta população e, menores possibilidades do surgimento de outros desfechos na saúde que envolvam esses fatores.

Referências:

¹ Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(8):2489-2498.

² Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 4 set.

³ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000. Rio de Janeiro; 2002.

⁴ Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: IPEA, 2004a.

⁵ Figueiredo VR, da Silva MG, de Oliveira CM, do Bonfim CV. Characteristics of the population of an excellence center in healthcare for the elderly. *Journal of Nursing UFPE On Line* 2012; 6(11):2744-2752.

⁶ Duncan BB, Chor D, Aquino EM, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de saúde pública* 2012; 46(supl):126-134.

⁷ Castelo MS, Neto IS, Noletto JCS, Lima WDO. Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde. *Geriatrics, Gerontology and Aging* 2007; 1(1):26-31.

⁸ CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 21 de abril 2017.

⁹ Kachani AT, Kotait MS. Nutrição em psiquiatria. *Nestlé Bio Nutr. Saúde* 2011; 5(14):24-28.

- ¹⁰ Santos CA dos, Ribeiro AQ, Rosa COB, Ribeiro, RCL. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20(3):751-760.
- ¹¹ Almeida SS, Zanatta DP, Rezende FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia* 2012; 17(1).
- ¹² Gomes AMCS, Ribeiro OP. *A influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos* [dissertação]. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2011.
- ¹³ Paulo SB. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(5):806-13.
- ¹⁴ Bassler TC, de Souza EVA, Leal CHLS, dos Santos FR, Maia CR, do Nascimento RF, Calixto R. O Perfil Nutricional de Idosos Institucionalizados num Município do Interior do Mato Grosso Do Sul. *Acta de Ciências e Saúde* 2016; 1(2):1-14.
- ¹⁵ World Health Organization - WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.
- ¹⁶ Lipschitz, DA. *Screening for nutritional status in the elderly* 1994; 21(1).
- ¹⁷ Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983; 17:37-49.
- ¹⁸ Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 1999; 57(2):421-426.
- ¹⁹ Miranda GMD, Mendes ACG, Da Silva, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2016; 19(3):507-519.
- ²⁰ Araujo JD de. Epidemiological Polarization in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(4):533-538.

- ²¹ Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(2):208-209.
- ²² Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva* 2007; 4(17).
- ²³ Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)* 2015; 14(1).
- ²⁴ De Barros RH, Junior EPG. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. *CES Revista* 2015; 27(1):75-92.
- ²⁵ Cupertino AFPB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007; 20(1):81-86.
- ²⁶ Lima LHMA, Soares MSM, Passos IA, Rocha APV, Feitosa SC, Lima MG. Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais. *Revista de Odontologia* 2007; 36(2):131-136.
- ²⁷ Marques APO, de Arruda IKG, Leal MCC, do Espírito Santo ACG. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2007; 10(2):231-242.
- ²⁸ Nascimento CM, Cotta RMM, Acurcio FDA, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SDCC, Peixoto SV. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2011; 12(7):2409-2418.
- ²⁹ Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública* 2002; 18:S77-S87.
- ³⁰ Bezerra TA, Brito MAA, Costa KNFM. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem* 2016; 21(1).
- ³¹ Marin MJS, Cecílio LCDO, Perez AEW, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, Roceti LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24:1545-1555.

- ³² Da Trindade APNT, Barboza MA, de Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento* 2017; 26(2).
- ³³ Júnior AAS; Lindner S, De Santa Helena, ET. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2013; 59(6):614-621.
- ³⁴ Couto JO, Santos WS, Santos JR, Simões AEC, dos Santos, ÉGM, Silva RJS. Risco cardiovascular, índices antropométricos e percepção de qualidade de vida em idosos. *Scientia Plena* 2017; 13(3).
- ³⁵ Lampert CDT, Scortegagna SA. Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica* 2017; 16(1).
- ³⁶ Guimarães RSF. *Percepção da qualidade de vida de idosas praticantes de atividade física de Piraquara*. Paraná: Curitiba; 2017.
- ³⁷ Lucca HAR. *Violência x violência policial x capital social: estudo comparativo entre a cidade de Panambi e Itaquí-RS* [dissertação]. Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014.
- ³⁸ Andrade ADN, Nascimento MMPD, Oliveira MMDD, Queiroga RMD, Fonseca FLA, Lacerda SNB, Adami F. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia* 2014; 17(1):39-48.
- ³⁹ Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2017; 27(4):1185-1204.
- ⁴⁰ De Matos PP, Moreira JD, Ribeiro SV. RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS RESIDENTES DE FLORIANÓPOLIS-SC. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde* 2017;12(3):699-711.
- ⁴¹ Busanello D. *Avaliação nutricional de idosos participantes de um programa de prevenção de agravos à saúde*. 2017.
- ⁴² Mastroeni MF, Mastroeni SSBS, Erzinger GS, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes no município de JoinvilleSC, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(1):29-40.

- ⁴³ Cardozo NR, Duval PA, Cascaes AM, Silva AER, Orlandi SP. Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. *Braspen J* 2017; 32(1):94-98.
- ⁴⁴ Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 2(7):1569-1577.
- ⁴⁵ Marques APO et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2007; 10(2):231-242.
- ⁴⁵ Cunha RVD, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2012; 15:346-354.
- ⁴⁶ Vaz DSS, Bennemann RM. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Revista UNINGÁ Review* 2018; 20(1).
- ⁴⁷ Deon RG, da Rosa RD, Zanardo VPS, Closs VE, Schwanke CHA. Consumo de alimentos dos grupos que compõem a pirâmide alimentar americana por idosos brasileiros: uma revisão. *Ciência & Saúde* 2015; 8(1):26-34.
- ⁴⁸ Stopa SR, Malta DC, Oliveira MMD, Lopes CDS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2015; 18(suppl 2):170-180.
- ⁴⁹ Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2009; 12(1):123-140.
- ⁵⁰ Silva JL, Marques APO, Leal MCC, Alencar DL, Melo EMA. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2015; 18(2):443-451.
- ⁵¹ Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TDF, Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(1):80-5.

⁵² Rombaldi AJ, Silva MCD, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista brasileira de epidemiologia* 2010; 13(4):620-629.

Apêndices

Apêndice A- Questionário aplicado



“QUALIDOSO”

COLETA 1

Identificação:

Nome do Local: _____	NLOCAL _____
Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	DE __ __ / __ __ / __ __
Entrevistador(a): _____	ENTREV _____
A1 Nome do Senhor (a): _____	
Endereço: _____ () casa () apartamento	
Referência / Como chegar: _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: () _____	
Outros telefones para contato: () _____	
Unidade de Saúde (atendimento): _____	
Quantas consultas mensais: _____	
Linha de ônibus: _____	
E-mail: _____	
DADOS PARA CONHECIMENTO DOS GRUPOS DE ESTUDO:	
(1) Diabetes (2) Hipertensão (88) NSA	
DADOS GERAIS DO IDOSO	
A2) Qual é sua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __	NASC __ __ / __ __ / __ __
A3) Cor ou raça?	
Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	CORD _____
Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	CORO _____
A4) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo O IDOSO? _____	PPESS _____
A5) Dessas, quantas pessoas são adultas? _____	PPESSA _____
A6) Quantos irmãos você tem ou teve? _____	PIRMA _____
A7) Qual a sua situação conjugal atual?	
(1) Casado ou mora com companheiro (3) Viúvo	PCONJU _____
(2) Solteiro, sem companheiro ou separado (4) Divorciado.	
A8) O senhor (a) tem filhos? (1) Sim (2) Não <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A12</i>	
SE SIM:	

A9) (Número de filhos)? _____	PANFIL _____
A10) Algum filho possui alguma doença? (0) Não (1) Sim (88) NSA	PAND _____
A11) Se a resposta anterior for positiva, qual a doença? _____ (88) NSA	PANDQ _____
A14) O Senhor (a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (88) NSA	PESCOL1 _____
A15) Quantos anos o Senhor (a) estudou? Série? ____ Grau? ____ (88) NSA	PLE _____
A16) Qual é a sua profissão? _____ (88) NSA	PPROF _____
A17) Qual é a sua ocupação? _____ (88) NSA	POCUP _____
A18) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria) SE ILPI, PULAR PARA A QUESTÃO A19.	
Renda: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe	Benefícios: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe
	RDRTOTAL RDBTOTAL
A21) O Senhor (a) já fumou ou fuma? (0) Não (1) Sim	TAB _____
A22) Por quanto tempo fumou ou fuma? _____ meses (88) NSA	TABQ _____ cig.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS

A25) Peso aferido do Idoso (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg	PAFE _____ kg
A26) Peso referido do Idoso (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg (88) NSA	PREF _____ kg
A27) Altura aferida do idoso (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média _____ cm	ALTA _____ cm
A28) Altura referida do idoso (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média _____ cm	ALTR _____ cm
A29) Meia envergadura aferida (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média _____ cm	MENV _____ cm

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Pampa
Campus Itaqui – Curso de Nutrição
Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva em Nutrição



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **Qualidade de vida e saúde de idosos atendidos pelo serviço público de saúde na cidade de Itaqui-RS**, que tem por objetivo verificar as condições gerais de saúde dos idosos de Itaqui-RS. O tema escolhido justifica-se pelo número de estudos que indicam cuidado em saúde como um fator determinante da qualidade de vida e de saúde dos mesmos. Ressaltamos que caso opte por não participar, você não será prejudicado(a) em seus atendimentos nas unidades de consulta. Por meio deste documento e a qualquer tempo, o senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, pessoalmente com o entrevistador ou por telefone com as pesquisadoras responsáveis, podendo ligar a cobrar para os números (55) 999690707 (Prof^a Fabiana Copês) ou (55) 981296045 (Prof^a Nadia Rosana F. de Oliveira). Também poderá retirar o seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra será arquivada pelas pesquisadoras responsáveis.

Para participar da pesquisa, será necessário que o(a) senhor(a) responda a um questionário composto por questões que abordam aspectos gerais (como identificação, contatos, data de nascimento e escolaridade), alimentação, refeições realizadas em casa, presença de doenças, estado de alegria e religiosidade, condições físicas e atividade física. Por fim, será necessário que o senhor(a) permita que sejam feitas aferições de peso, altura, e circunferências do quadril e cintura. A coleta de dados será realizada individualmente para evitar constrangimento.

O Senhor(a) poderá não se sentir à vontade para responder algumas perguntas e/ou desconforto durante as medidas; porém tais procedimentos são de curta duração, uma vez que a equipe é treinada para tal. Ao participar da pesquisa, o(a) senhor(a) terá benefícios como: recebimento de orientações impressas sobre alimentação saudável ao final da entrevista, e, após a análise dos dados, informações sobre seu diagnóstico nutricional. Além disso, o estudo contribuirá para que melhorias possam ser recomendadas nas unidades de saúde e na promoção de hábitos alimentares saudáveis entre os moradores de Itaqui/RS.

Para participar deste estudo, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. As pesquisadoras garantem que seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e que nenhum dado sobre sua pessoa ou sua família será divulgado. Os dados sobre a pesquisa serão armazenados pelas pesquisadoras responsáveis e os resultados poderão ser divulgados em relatórios e publicações científicas.

Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n – Bairro Promorar – Itaqui/RS – CEP: 97650-000
Fone: (55) 999070663 – (55)34331669

Anexos

Anexo 1- Instruções Para Colaborados Revista Ciência e Saúde Coletiva



Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos:



Revista Ciência e Saúde Coletiva

máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização

dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação.

Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas



Revista Ciência e Saúde Coletiva

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático.

Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título.

Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet].



Revista Ciência e Saúde Coletiva

2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

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

Anexo 2- Critério de Classificação Econômica Brasil ABIPEME (ABEP, 2016)

Abaixo, marcar um X sobre o número de itens de cada eletrodoméstico existente na casa em que o idoso mora:

Posse de itens:

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do(a) chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3^a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4^a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

SOMA TOTAL DE PONTUAÇÃO ABEP, 2016	
TOTAL PONTOS DE BENS	
TOTAL PONTOS GRAU DE INSTRUÇÃO	
SOMA PONTOS	

Critérios Brasil, 2016: Circule a CLASSE correspondente à pontuação acima.

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

Anexo 3- Escala de Depressão Geriátrica

DADOS DE DEPRESSÃO	
Está satisfeito (a) com sua vida? (não=1) (sim = 0)	SATISFVIDA _____
Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses (sim=1) (não = 0)	DIMATIV _____
Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)	VIDAVAZIA _____
Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)	ABORRECE _____
Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)	SENTEBEM _____
Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)	TEMEALGO _____
Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)	SENTEFELIZ _____
Sente-se frequentemente desamparado? (sim=1) (não = 0)	SENTEDESAMP _____
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)	PREFCASA _____
Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)	ACHAPROBMEM _____
Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)	ACHAMARAV _____
Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)	VALEVIVER _____
Sente-se cheio (a) de energia? (não=1) (sim = 0)	CHEIOENERG _____
Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)	ACHASITSOLU _____
Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)	ACHASITMEL _____